EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur PAUL RECLUS

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

—

1894

I

TITRES

Externe des hôpitaux, 1868.
Interne des hôpitaux, 1871.
Aide d'anatomie de la Faculté de médecine, 1876.
Docteur, 1876.
Prosecteur, 1877.
Chirurgien des hôpitaux, 1879 ; 1er de la promotion.
Professeur agrégé, 1880 ; 1er de la promotion

II

PRIX

2e mention, externat; 1871.
2e mention, internat, 1872.
1er prix, 1873.
2e prix, 1875, ex-æquo avec la médaille d'or et comme tel prorogé d'un an dans les hôpitaux.
Médaille d'argent de la Faculté, prix des thèses, 1876.
Lauréat de l'Académie de médecine, 1878.
Lauréat de l'Institut, prix Godard, 1882.
Membre de la Société anatomique ; vice-président, 1882.
Membre de la Société de chirurgie, 1883.

III

ENSEIGNEMENT

Cours libre de pathologie externe professé à l'École pratique en 1877, 1878, 1879 et 1880.

Cours complémentaire de pathologie externe professé à la Faculté de médecine en 1884 et en 1888.

Cours de clinique chirurgicale professé à l'Hôtel-Dieu pendant l'année scolaire 1886-1887, suppléance du professeur Richet.

Cours libre de clinique chirurgicale à l'hôpital Broussais en 1889, 1890 et 1891, et à la Pitié en 1892, 1893 et 1894.

PUBLICATIONS

I. — PATHOLOGIE GÉNÉRALE

1. — De la réunion immédiate des tissus divisés par le thermocantère

(Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 19 *avril* 1882, et *Cliniques et critiques chirurgicales,* p. 95, 1884.)

« Il demeure établi par ces observations que les tissus divisés par le thermocautère peuvent se réunir par première intention. Pour que la réunion primitive n'échoue pas, l'épaisseur de l'eschare ne doit pas dépasser certaines limites. Il est non moins indispensable de préserver la plaie de toute infection septique.

2. — De l'eau chaude en chirurgie.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 55, 1888 et *Cliniques chirurgicales de la Pitié,* p. 49, 1894)

J'essaie de démontrer, en m'appuyant sur ma pratique et sur mes observations, l'utilité de l'eau à la température de 50 à 55 degrés centigrades dans les pansements, au cours des opérations, dans le traitement des plaies ulcéreuses et dans les phlogoses; les lavements d'eau chaude dans les hémorrhoïdes rendent aussi de grands services; ces mêmes lavements constituent le traitement le meilleur des prostatites aiguës, et cette

méthode, que j'ai le premier préconisée, semble, à cette heure, généralement acceptée ; c'est à ces mêmes lavements,enfin, que j'ai recours dans les inflammations des organes génitaux de la femme; les gynécologues, en pareil cas, prescrivent les irrigations vaginales ; je puis conclure, d'un grand nombre de faits personnels, que les lavements leur sont très supérieurs, ce que l'anatomie nous explique suffisamment, car l'utérus est plus accessible par le rectum que par le vagin et baigne, pour ainsi dire, lui et ses annexes, dans l'ampoule rectale distendue par l'eau chaude. Aussi « avant d'avoir recours à l'hystérectomie vaginale ou à la laparotomie dans les lésions inflammatoires des annexes, il me paraît sage de surseoir quelque temps pour voir ce que donnerait le traitement rationnel pour les lavements à 55 degrés centigrades. »

3. — Pustule maligne spontanément guérie.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 20 *juin* 1883, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 86, 1884.)

« Nous avons observé à l'hospice de Bicêtre, la guérison spontanée d'une pustule maligne ; le fait est rare et puise un intérêt nouveau dans les recherches dont il a été l'objet; nous avons obtenu des inoculations positives qui nous ont permis de retrouver la bactéridie charbonneuse dans le champ du microscope; on ne saurait donc arguer ici d'une erreur de diagnostic. »

4. — Traitement des blessures par balles de revolver.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 1, 1888.)

« En somme notre traitement est l'abstention systématique : nous professons qu'on ne doit point s'occuper du *projectile*, tout au plus l'enlèvera-t-on lorsqu'il est, pour ainsi dire, à fleur de peau, sous le doigt ou l'instrument du chirurgien et qu'aucune incision, aucun délabrement nouveau n'est nécessaire pour le saisir ; dans les plaies simples, à un seul orifice, l'absence d'exploration du trajet et l'abandon de la balle en pleine

chair, doivent être la règle à peu près immuable; il en est absolument de même lorsqu'une grande cavité splanchnique est ouverte, le crâne, le thorax ou l'abdomen; les interventions que nous admettons alors ont pour but, non l'extraction du projectile qui, on le sait, s'enkyste le plus souvent, mais la réparation d'une lésion causée par son passage, ouverture d'un vaisseau, section d'un nerf ou d'un tendon, déchirure d'un réservoir naturel, estomac, intestin ou vessie. En tout cas, dans les plaies simples par balles de revolver, ce n'est pas le projectile, c'est le chirurgien qui le plus souvent crée le danger par ses manœuvres intempestives. »

5. — Traitement des grands écrasements des membres.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 65, 1894.)

« Je propose de traiter, comme les écrasements de la main, ces vastes écrasements des membres, qui s'accompagnent presque toujours de choc et d'hypothermie. On se résignait naguère aux énormes sacrifices que l'amputation réclame dans ces cas, par crainte de la septicémie et de toutes les complications des plaies. Maintenant l'antisepsie est assez puissante pour écarter ces accidents, et nous devons renoncer à notre vieille pratique, redoutable, car les amputations traumatiques sont encore, dans l'ère actuelle, d'une exceptionnelle gravité. Le blessé sera réchauffé, stimulé par des injections sous-cutanées; le foyer traumatique sera fouillé dans ses moindres interstices, dans ses plus petites anfractuosités par un jet d'eau à une température de 60 degrés. Puis les chairs seront drainées, embaumées et ramassées sous un pansement compressif. Vous savez, par les exemples que je vous ai cités, les merveilleux succès que vous pouvez obtenir par cette conservation à outrance. »

6. — Traitement des entorses.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 92, 1894.)

« Nous avons observé ensemble un certain nombre d'entorses graves guéries en peu de jours par un procédé dont j'ai donné la formule et qui

ne me paraît pas s'être vulgarisé autant qu'il le mérite. Vous avez vu nos blessés quitter l'hôpital en se servant sans douleur et sans raideur de leur jointure forcée. Ce résultat, ils le devaient à un traitement bien simple et dont l'originalité, s'il y en a une, se borne à être une synthèse de trois méthodes qni, à cette heure, se disputent la thérapeutique de l'entorse : la balnéation prolongée, le massage, l'enveloppement avec la bande élastique. »

7. — Traitement des fractures.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 80, 1894.)

Nous nous rattachons résolument à la méthode préconisée par Championnière, le massage des fractures et la mobilisation précoce des articulations voisines. « Jusqu'alors, un seul point nous préoccupait : l'immobilisation des fragments dans une bonne position; le levier osseux est brisé, il faut en juxtaposer et en immobiliser les morceaux, car un repos rigoureux est nécessaire pour obtenir la formation régulière du cal. On ne doit pas méconnaître l'utilité de cette immobilisation, mais elle ne doit pas nous hypnotiser au point de faire négliger un autre facteur du problème : la nécessité d'entretenir la bonne nutrition des muscles, la souplesse des gaines tendineuses et des articulations voisines de la fracture. »

8. — De la fièvre de croissance.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 137, 1888.)

« En 1878, Bouilly a publié un important mémoire où il démontre que l'appareil symptomatique, léger ou grave, de la croissance exagérée, est produit par des lésions osseuses, une inflammation plus ou moins vive dont les degrés ascendants peuvent monter d'une simple douleur juxta-épiphysaire aux désordres des ostéomyélites diffuses. Des observations importantes d'Aubyer, de Richet, de Landouzy et de son élève Agnès Lowry sont venues confirmer cette opinion que nous venons défendre avec des faits personnels nouveaux. »

9. — Sur une observation d'exostoses ostéogéniques.

(*Progrès médical*, 27 mars 1875 et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 171, 1884.)

Ce court mémoire essaye d'établir que, sur un même os, les exostoses se développent d'ordinaire au niveau de l'épiphyse la plus fertile, et dans le point de cette épiphyse où leur accroissement rencontrera, de la part des muscles, le minimum de résistance. Il montre en outre que la forme en crochet qu'affectent la plupart de ces exostoses n'est pas due, comme on le prétendait, au mouvement des muscles voisins, mais au mode d'insertion des aponévroses d'enveloppe des membres. Ces aponévroses « viennent, au niveau des articulations, s'appliquer sur les os pour s'attacher aux saillies et aux tubérosités qu'ils présentent. Elles forment ainsi, avec la surface de l'os, un angle dont le sommet est tourné vers l'articulation et correspond au point d'insertion de l'aponévrose sur l'os. Ce n'est point vers ce sommet que se développera l'exostose; il n'y aurait pas de place; mais l'extrémité de la tumeur, encore cartilagineuse et molle, rencontrant l'aponévrose, se courbera sur elle et se dirigera vers l'ouverture de l'angle, c'est-à-dire dans le sens de la moindre résistance et du plus grand espace. Voilà pourquoi, sur un même os, les exostoses des deux extrémités se répondent par leur pointe, tandis que, autour d'une articulation, au genou par exemple, leurs crochets présentent une direction inverse : celle du tibia s'inclinant vers le pied, celle du fémur vers la racine de la cuisse. »

10. — États constitutionnels et microbiose.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 18, 1884.)

« Ce travail, publié il y a près de quinze ans, sous l'inspiration du professeur Verneuil, a pour but la recherche des chances d'immunité d'une part, de réceptivité de l'autre que crée à l'homme, considéré comme terrain de culture de germes pathogènes, son état antérieur de santé et

de maladie, l'état organique particulier, les qualités spéciales des humeurs ou des solides, les propriétés durables et passagères du sang faisant de ce fluide un milieu réfractaire à la vie ou impropre à la prolifération des parasites. »

11. — États constitutionnels et traumatismes.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 15, 1884.)

« De cet ensemble de faits se dégagent les quatre propositions suivantes défendues par M. Verneuil : 1° La terminaison des blessures accidentelles ou chirurgicales est dominée par l'état constitutionnel du vulnéré; 2° les maladies antérieures à l'opération modifient souvent d'une façon fâcheuse la marche du trauma opératoire, et favorisent par là l'invasion des accidents ou complications traumatiques; 3° fréquemment, à son tour, le trauma opératoire agit sur la maladie constitutionnelle, la provoque quand elle est en germe, la rallume quand elle est éteinte, accélère son évolution et surtout aggrave ses localisations anciennes; 4° bref, toutes choses égales d'ailleurs et les influences du milieu mises de côté, le pronostic des opérations est toujours plus grave chez les diathésiques que chez les sujets sains.... »

12. — Sur quelques points d'ovologie comparée.

(Mémoire manuscrit pour le prosectorat, imprimé entièrement dans la thèse de Fabel; *Thèse de Paris*, 1877.)

Il porte sur trois points : en premier lieu, nous démontrons avec M. Dastre, mais en ajoutant de nouvelles preuves à ses preuves, que l'amnios n'est point enveloppé par l'allantoïde, comme Dutrochet le croyait, et comme plus tard M. Coste devait longuement le décrire. Nous traitons, dans un deuxième chapitre, des rapports qu'affectent entre elles les membranes de l'embryon dans les cas de gestation gémellaire chez les brebis; nous démontrons, en nous appuyant sur des pièces

déposées par nous au musée de la Faculté, que l'agencement indiqué par M. Coste est inexact de tout point. Enfin, dans un dernier chapitre, nous décrivons les vaisseaux sanguins des enveloppes fœtales de la brebis.

13. — Des mesures propres à ménager le sang pendant les opérations chirurgicales.

(*Thèse présentée au concours pour l'agrégation*, Paris, 1880.)

La préface que nous transcrivons ici est un court résumé de ce travail. « Quelles sont les mesures propres à *ménager* le sang pendant les opérations chirurgicales? C'est là un vaste champ dont nous allons, sans préambule, tracer rapidement les limites. Ménager, épargner, économiser le sang, ces trois synonymes traduisent fort bien les efforts de la chirurgie contemporaine, pour assurer aux opérés les bénéfices de la conservation totale du sang. Nous étudierons l'ensemble des procédés qui concourent à ce résultat : toute méthode qui prévient l'effusion du liquide nourricier ou tarit l'hémorrhagie avant même qu'elle se produise rentre de droit dans notre thèse. Nos mesures sont donc préventives et nous écarterons tout ce qui a trait à l'arrêt ultérieur de l'écoulement sanguin.

Notre thèse aura cinq chapitres : I. — Les anciens chirurgieus, aux prises avec les terribles dangers de l'hémorrhagie, ne cherchaient qu'à éviter la mort de l'opéré entre les mains de l'opérateur. « L'épargne du sang » est une idée nouvelle qu'on ne pouvait dégager et réaliser que de nos jours. Pour la réaliser, il fallait les merveilleux procédés d'hémostase perfectionnés ou découverts dans ces toute dernières années ; pour le dégager, la physiologie et l'observation clinique devaient signaler le péril que crée l'effusion sanguine. Ces recherches, peu nombreuses malheureusement, sont la raison d'être de notre thèse : si la perte du sang n'était pas redoutable, à quoi bon des « mesures pour la ménager ? »

II. — Cette hémorrhagie menace principalement les faibles et les affaiblis, vieillards, nouveau-nés, cachectiques pour qui quelques grammes

de sang sont parfois une question de vie ou de mort. Elle est également dangereuse pour les hémophiles, chez qui la section du moindre vaisseau détermine souvent un écoulement incoercible. Dans ces divers cas, il faut donc, si l'opération est urgente, recourir à des méthodes spéciales dont on use également pour les tissus très vasculaires, qu'ils soient morbides comme les polypes, certains cancers, les tumeurs veineuses ou artérielles; qu'ils soient normaux comme la langue, le col utérin, le rectum, et les organes érectiles.

III. — Ces méthodes constituent l'exérèse non sanglante, qui a le précieux avantage d'oblitérer les vaisseaux en même temps que de les diviser. Le fer rouge, le thermocautère et le galvano-cautère, l'écraseur linéaire, la ligature extemporanée et la ligature élastique, l'arrachement même, enfin l'infinie variété des caustiques chimiques rentrent dans cette classe importante, créée presque tout entière depuis une trentaine d'années. Comme leur histoire est très connue, nous laisserons de côté leur manuel opératoire pour n'étudier que leur valeur comparative et leurs indications particulières.

IV. — L'exérèse sanglante n'en demeure pas moins la méthode ordinaire; mais on peut avec elle, grâce à certains moyens, assurer l'économie du sang : avant de diviser les tissus, on interrompt la circulation dans le territoire où l'on va porter le fer, par la compression digitale, les liens constricteurs à la racine des membres, les garrots et les tourniquets; ou bien encore par des pinces et des appareils qui cernent la base des tumeurs. La bande d'Esmarch provoque également l'hémostase temporaire, en même temps qu'elle refoule, du membre amputé vers le tronc, un sang autrefois perdu pour l'opéré.

V. — Si ces mesures ne peuvent être prises, le chirurgien n'est pas encore désarmé : il a recours aux ligatures préliminaires dans le foyer ou hors du foyer opératoire; ou bien, modifiant ses procédés, il cherche une voie sèche et ne coupe les gros vaisseaux que dans un dernier temps; ou encore, allant droit aux veinules et aux artérioles, il les lie avant de les diviser; et enfin il les oblitère, soit par les doigts des aides, soit par des éponges ou des pinces spéciales, et les ligatures sont différées après le dernier coup de bistouri. — Voilà comment on économise le sang dans

les opérations. Nous étudierons ces moyens d'épargne, et nous déterminerons, suivant leurs indications particulières, les cas qui ressortissent à chacun d'eux.

14. — Traitement des cancroïdes par le chlorate de potasse.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 96, 1888.)

« En résumé, le chlorate de potasse vous sera utile dans les seuls cancroïdes de la peau. Encore ici, le procédé de choix est-il l'extirpation large. Vous n'aurez donc recours aux applications saturées sur les épithéliomas que chez les vieillards trop affaiblis pour supporter une opération sanglante, chez les individus dont une maladie de cœur empêche la chloroformisation, ou chez les pusillanimes qui refusent une intervention chirurgicale, ou bien lorsque l'ulcère est très étendu, que, par exemple, il envahit tout le cuir chevelu que l'on ne saurait scalper, une partie de la paroi thoracique, lorsqu'il est adhérent aux os sous-jacents, les côtes et les cartilages, la face interne du tibia ; enfin, quand les tissus sur lesquels il repose sont en mauvais état ; je viens de traiter et de guérir, par le chlorate, un cancroïde de la jambe qui siégeait sur un lacis variqueux dont j'avais redouté l'ouverture chez une malade âgée de quatre-vingt-un ans. »

15. — Sarcomatoses hypodermique et viscérale.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 125, 1888.)

« Cette étude montre que notre observation — les tumeurs accessibles hypodermiques, intra-musculaires ou viscérales, dépassent le nombre de cinquante — est à peu près isolée. Notre sarcomatose ne ressemble guère qu'au cas de Gairdner, de tous les faits celui qui s'en rapproche le plus. La différence doit être très grande entre la sarcomatose ordinaire et la nôtre, puisque M. Vidal, à qui nous avons envoyé notre malade, a pris tout d'abord ses tumeurs pour des fibromes multiples. Nous donnons donc notre

observation telle quelle, nous gardant bien, selon les expressions dont se sert quelque part M. Perrin, de la fausser pour arriver à la faire entrer dans un type connu. »

16. — De la cocaïne en chirurgie courante.

(*Revue de chirurgie*, 1889; *Revue scientifique*, 26 mars 1892; *Communications au Congrès de chirurgie et discussions à la Société de chirurgie*, 1891; *Thèse de Delbosc*, Paris, 1889; *Thèse de Jules Auber*, Paris, 1892; *Cliniques chirurgicales de la Pitié : 1° De l'analgésie par la cocaïne en chirurgie courante; 2° les accidents de la cocaïne; 3° les indications de la cocaïne*, p. 1, 18 et 33, 1894.)

Nous avons cherché, depuis 1886, à vulgariser la cocaïne comme anesthésique local; nous avons montré que cet agent, accusé d'être inconstant, inefficace et dangereux, était au contraire fidèle, sûr et innocent lorsqu'il est bien et prudemment administré; aussi en avons-nous réglé le mode d'administration.

Il est, en effet, certaines règles fondamentales qu'on ne doit pas violer sous peine de danger ou sous peine d'échec dans l'anesthésie. Les premières tiennent aux doses et au titre de la solution. D'abord on ne dépassera pas 15 centigrammes comme dose totale, et puis la solution — point capital et sur lequel nous avons le premier appelé l'attention — ne devra jamais être supérieure à 2 pour 100; encore n'avons-nous recours à cette solution à 2 pour 100 que dans les très petites opérations, celles qui réclament tout au plus 2 à 4 centigrammes de cocaïne; dès que nous prévoyons les doses totales de 8, 10, 12 centigrammes, nous avons recours exclusivement à la solution à 1 pour 100.

Voici maintenant les préceptes qui régissent l'injection elle-même : on remplit la seringue de Pravaz de la solution; lorsqu'elle est à 2 pour 100, chaque seringue contient 2 centigrammes, 1 lorsque la solution est à 1 pour 100. Après avoir jalonné du regard la future incision, on enfonce, à l'une des extrémités du trajet projeté, la pointe de l'aiguille de Pravaz; on pousse alors le piston afin de faire sourdre quelques gouttes de liquide dans l'épaisseur du derme; dès lors, si l'aiguille avance len-

tement, son passage se fait sans douleur, car la cocaïne qui sort de la pointe anesthésie les tissus où cette pointe va pénétrer. A partir de ce moment, on cheminera d'une manière lente et continue dans l'épaisseur de la peau, qui présente une certaine résistance; si cette résistance vient à manquer brusquement, c'est que l'aiguille a pénétré dans le tissu cellulaire; il faut alors se reprendre, donner une nouvelle direction à l'aiguille pour rentrer dans la trame serrée du derme. Deux signes, outre la résistance, indiquent qu'on est dans la bonne voie : la peau se boursoufle légèrement suivant la ligne d'injection, puis elle pâlit et prend une teinte livide.

L'injection est alors terminée : si la solution est à 2 pour 100, on peut prendre presque immédiatement le bistouri; si elle n'est qu'à 1 pour 100, l'effet analgésique est plus lent à se produire, et il faut attendre cinq à six minutes. L'instrument tranchant mord alors la peau sans que l'opéré éprouve la moindre souffrance; il sent l'instrument passer mais la sensation de souffrance fait absolument défaut. Et, pour me servir du langage physiologique, il n'y a pas anesthésie, il y a analgésie. Si l'intervention, plus complexe, nécessite l'incision de plusieurs couches superposées, aponévrose, muscles, périoste, os, on insensibilise de la même manière les diverses couches au fur et à mesure de leur section, et j'ai pratiqué l'amputation d'un bras sans que le malade ait éprouvé de douleur.

C'est en me soumettant à ces règles que j'ai pu, en sept ans, pratiquer près de trois mille opérations sans noter le plus léger accident. Or il s'agissait le plus souvent d'interventions graves et que peu de nos collègues pratiquent à la cocaïne : dilatation anale, extirpation de bourrelets hémorrhoïdaires, kélotomies, cure radicale de hernie, cure radicale d'hydrocèle, résection du scrotum, ligature et excision de varicocèles, castration, création d'anus iliaques, gastrostomies, incision de foyers d'appendicite, amputation d'avant-bras, résection des métacarpiens et des métatarsiens, ablation de tumeurs volumineuses du sein, de l'aisselle, du creux poplité, extirpation d'anévrysme artérioso-veineux, suture de la rotule, pneumotomie, etc.

17. — Des accidents provoqués par les antiseptiques.

(*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 30 juillet 1886.)

Je passe en revue, dans cet article, en m'appuyant surtout sur des observations personnelles, la série des accidents que peut provoquer l'abus ou même le simple usage des antiseptiques : sublimé, acide phénique et iodoforme.

18. — Abcès à streptocoques développé dans un hématome.

(*Cinquième congrès français de chirurgie*, 8 avril, 1891.)

Une déchirure du muscle droit antérieur provoque un hématome resté longtemps stationnaire dans les tissus. Tout à coup survient un érysipèle et l'hématome s'enflamme. Les germes de l'érysipèle avaient ensemencé la collection sanguine; mais si cette hypothèse était exacte, le pus devait contenir non des staphylocoques, mais des streptocoques. Or c'étaient eux qui renfermaient le pus. Ce petit fait ne tire un intérêt que de la précision avec laquelle les simples commémoratifs ont permis d'établir le diagnostic.

19. — Inflammations. — Traumatismes. — Maladies virulentes.

(*Traité de chirurgie*, dirigé par Simon Duplay et Paul Reclus, t. I, p. 1 à 554.)

Le premier volume du *Traité de chirurgie* contient, rédigés par nous, les articles suivants : Inflammations; Abcès chauds; Ulcères; Fistules; Gangrènes. Lésions traumatiques : plaies par instruments tranchants; par instruments piquants; plaies empoisonnées; plaies par arrachement; plaies par morsures; plaies par machines; plaies contuses; plaies par armes à feu; contusions. Complications des plaies : syncope traumatique; choc traumatique; hémorrhagie traumatique; délire nerveux; névralgies

traumatiques; thromboses et embolies traumatiques; embolies graisseuses; Fièvre traumatique; Septicémies; Infection purulente; Érysipèle traumatique; Pourriture d'hôpital; Tétanos traumatique. Brûlures. Froidures. Cicatrices. Maladies virulentes : Tuberculose; Abcès froids; Charbon.

II. — AFFECTIONS DE LA TÊTE ET DU RACHIS

1. — Du trépan dans les fractures du crâne.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 108, 1894.)

« En résumé, les fractures du crâne sont ouvertes ou fermées; lorsqu'elles sont ouvertes, les soins d'une antisepsie rigoureuse, sauvegarde contre l'invasion d'une méningo-encéphalite, exigent une régularisation de la plaie, et l'on en profite pour relever les fragments défoncés, enlever les esquilles dépériostées, extraire les corps étrangers accessibles et lier les vaisseaux rompus. Lorsque la fracture est fermée, on agira si une branche déchirée de la méningée menace de tuer le malade par hémorrhagie ou bien lorsque apparaissent des troubles fonctionnels localisés, immédiats ou tardifs, paralysie croissante, convulsions répétées, signes de poussées hyperémiques, d'abcès du cerveau, épilepsie traumatique : le trépan appliqué au niveau du foyer a souvent donné de merveilleux résultats. »

2. — Traitement des abcès par congestion d'origine vertébrale.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 114, 1884.)

« Les abcès par congestion qui finissent par se résorber sont trop rares. les cachexies qu'ils provoquent sont trop fréquentes pour nous résigner placidement à cette abstention périlleuse. Au lieu de se laisser entraîner

dans une série de complications redoutables dont le dernier terme est la mort, le chirurgien doit prendre l'offensive, arriver jusqu'au foyer vertébral, et les résultats qu'il peut obtenir sont encore supérieurs aux risques que court le malade. » Nous avons ainsi guéri quelques malades, et ces succès nous avaient inspiré cette première clinique, mais depuis nous avons eu des insuccès et voici les conclusions d'un nouvel article :

3. — Traitement des abcès froids.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 14, 1888.)

« Certainement le traitement par les injections d'éther iodoformé est long; l'ouverture large et l'extirpation des parois, le grattage, le raclage, l'extirpation totale semblent plus expéditifs, mais la guérison ne se maintient pas toujours, et nous avons vu parfois la septicémie s'allumer; puis les récidives sont fréquentes, tandis qu'elles sont plus rares avec les nouvelles méthodes; enfin l'intervention est si simple que, après elle, les opérés peuvent continuer à se livrer à leurs occupations. »

4. — De l'épithélioma térébrant du maxillaire supérieur.

(Congrès pour l'avancement des sciences; session de Clermont-Ferrand, 1876, et Cliniques et critiques chirurgicales, p. 420, 1884)

Il s'agit d'une variété d'épithélioma du maxillaire supérieur, non décrite encore et observée avec M. Verneuil. Cette tumeur est caractérisée par une cavité profonde, creusée dans l'épaisseur de l'os et tapissée de bourgeons que l'examen histologique nous montre formés de globes épidermiques; elle a pour origine les kystes si fréquemment appendus aux racines des dents; ces kystes eux-mêmes, ainsi que les épithéliomas ordinaires des mâchoires, naîtraient des débris épithéliaux, vestiges de bourgeonnement des cordons des dents temporaires et permanentes. C'est dans ce petit mémoire que se trouve exposée pour la première fois cette origine des kystes et des tumeurs épithéliales du maxillaire; on sait les travaux remarquables de M. Malassez sur ce point et la démonstration éclatante qu'il a donnée de cette hypothèse.

5. — Cancroïdes et leucoplasie des muqueusee buccale et vaginale.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu;* p. 215, 1888.)

« Depuis les leçons de Bazin et surtout depuis la thèse publiée en 1873 par son élève Debove, on connaît fort bien une affection particulière de la langue nommée indifféremment : ichtyose, plaque des fumeurs, psoriasis, tylose, kératosis ou leucoplasie buccale. A ces mots, pour la plupart mauvais, Besnier préfère ceux de stomatite épithéliale chronique superficielle.... J'ai justement recueilli cinq observations où l'on suit pas à pas l'évolution du mal depuis le premier reflet argenté ou laiteux, la premiere tache opaline nacrée et translucide jusqu'aux plaques épaissies, crémeuses et jaunâtres, aux fissures et aux crevasses, aux papillomes, enfin jusqu'aux cancroïdes les plus graves... J'ajoute un nouveau fait de haute importance, car la lésion a pour siège, non la muqueuse buccale, mais la muqueuse vaginale, dont la leucoplasie est fort peu décrite. Verneuil, Besnier, Trélat et Mercklen en ont recueilli chacun un exemple, mais nous ne sachons pas qu'ils aient été publiés... Dans notre cas un épithélioma volumineux se développe sur la plaque et une opération devient indispensable... La question suivante se pose : lorsqu'une leucoplasie limitée, mais tenace, existe à un point fixe, ne serait-il pas prudent d'enlever ce point si l'opération est simple et n'entraîne aucun dommage? Je n'hésite pas et, pour ma part, je supprime cette cause d'irritation qui provoque presque à coup sûr l'apparition d'un nouveau cancroïde. »

6. — Extirpation des cancers de la langue et du plancher buccal. Traitement des épithéliomae de la langue.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 355, 1884; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 126, 1894.)

« Nous pouvons résumer rapidement ces longues considérations : lorsque le cancer est récent, très limité, une large opération est parfois

excellente. MM. Trélat, Verneuil, Tillaux, Duplay, Panas, etc., d'autres encore en ont cité de beaux exemples. Lorsque la tumeur n'occupe que la moitié antérieure de la langue, lorsque l'engorgement ganglionnaire commence à peine, on peut encore espérer, par les vastes opérations que nous venons de décrire, une assez longue survie; mais, quand les lésions s'avancent jusqu'aux piliers antérieurs, il faut qu'une complication grave vienne forcer la main, sans cela mieux vaut s'abstenir. » (1884.)

« Aussi en revenons-nous à nos conclusions premières; et plus encore que jadis, je vous dirai : quand les lésions sont telles que l'opération de Sédillot est indiquée, il me semble plus sage d'abandonner le malade à son sort; il faut, lorsque les lésions s'avancent jusqu'aux piliers antérieurs, il faut, pour ne pas s'abstenir, qu'une complication grave ou quelque circonstance particulière vienne forcer la main. Mais, lorsque le cancer est récent, très limité, une large opération peut bien, comme dans les cas rapportés plus haut, donner des succès thérapeutiques durables. N'ai-je pas trois individus amputés de la langue depuis 14, 8 et 7 ans qui vivent encore sans récidive? Intervenez donc, mais sans de trop vives espérances et rappelez-vous que la chirurgie du cancer n'est jamais une chirurgie triomphante. » (1894.)

7. — De l'éruption vicieuse de la dent de sagesse.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 568, 1884.)

« Les accidents que détermine l'éruption de la dent de sagesse sont fréquents; pourtant ils sont peu connus, mal décrits, parfois ignorés et l'attention du chirurgien est si peu sollicitée par eux que des erreurs de diagnostic sont souvent commises. Une cause générale domine l'histoire de ces accidents : l'insuffisance de la place nécessitée pour l'éruption régulière de la troisième molaire. Nous avons entendu dire à Paul Broca que la nature est en travail pour nous débarrasser des dents de sagesse. Elles poussent les dernières et sont les premières à disparaître. A mesure que les races humaines deviennent plus intellectuelles, le front devient plus proéminent et la partie inférieure de la face recule; le prognathisme

s'affaiblit. Aussi peut-on affirmer, à condition toutefois d'admettre des exceptions nombreuses, que la dent de sagesse s'accompagne de désordres avec d'autant plus de fréquence que la race, le sexe ou l'individu seront supérieurs... Ce n'est pas tout : les deux maxillaires et les deux moitiés du même maxillaire ne sont pas également atteints ; le maxillaire inférieur jouit presque seul de ce fâcheux privilège. Mais nous pouvons spécialiser davantage et dire que la moitié gauche est la plus prédisposée ; en général, la moitié droite du corps est plus développée, et, sans vouloir donner à un examen superficiel plus d'importance qu'il n'en a, sur plusieurs maxillaires inférieurs mesurés par moi à l'École Pratique, il m'a paru que la branche gauche était légèrement moins longue que la droite. La règle générale trouverait donc ici une application nouvelle : comme la place pour l'éruption normale est moindre à gauche, c'est à gauche surtout que se montreraient les déviations et leurs conséquences pathologiques. »

8. — Tuberculose buccale.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 202, 1888.)

« De ce qui précède nous pouvons conclure que les ulcérations tuberculeuses de la langue ont des signes propres, précis, qui le plus souvent nous évitent l'humiliant procédé de diagnostic par exclusion. Lorsque les lésions sont assez « ramassées » pour être enlevées par le chirurgien, il ne faut pas hésiter, et vous avez vu chez nos malades le résultat excellent qu'a donné l'exérèse. »

9. — Kyste dermoïde du plancher buccal.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 189, 1888.)

« Ce cas est à peu près unique, moins par le volume exceptionnel de la tumeur que par la gravité de ses symptômes fonctionnels : une sécrétion purulente s'était faite qui avait distendu la poche et nous ne trouvons de faits analogues ni dans le traité de Lannelongue, ni dans

les mémoires d'Ozenne et de Gérard Marchand. On a bien cité des cas de dysphagie et d'asphyxie commençante, mais il leur a fallu plus de trois jours pour prendre un caractère alarmant. L'extirpation peut se pratiquer par la voie buccale et la voie sus-hyoïdienne; c'est la première qu'ont préconisée les auteurs; je propose hardiment la seconde. En suivant la voie sus-hyoïdienne, on ne risque pas de sectionner les canaux de Warton; puis la déclivité entraîne le sang et les liquides sécrétés par la plaie; il n'y a pas ce cul-de-sac profond, anfractueux, que crée l'extirpation buccale et où peuvent s'accumuler le pus, la salive et toutes les substances septiques; enfin, on évolue à l'aise, on manœuvre à découvert; on n'est pas gêné par les lèvres, les arcades dentaires, la langue; l'anesthésie est facile et sans danger. Nous préférons donc l'incision sus-hyoïdienne et nous y avons eu recours. »

10. — Tétanos céphalique.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 150, 1894.)

Travail appuyé sur trois observations personnelles. Dans l'une, la plaie originelle était une ulcération de la muqueuse labiale consécutive à une carie dentaire. « Telle est cette singulière variété dont je résume en quelques lignes les caractères classiques : plaie originelle dans le territoire sensitif des nerfs crâniens, peau ou muqueuse de la face et de la tête; localisation habituelle dans les muscles animés par les nerfs crâniens, mais toutefois avec généralisation possible sur les groupes musculaires du tronc et des membres : paralysie faciale unilatérale parfois existante, et troubles fonctionnels laryngés et pharyngés assez fréquents. »

11. — Des ophtalmies sympathiques.

(*Thèse de concours pour l'agrégation de chirurgie*, Paris, 1878.)

Ce travail comprend six chapitres. Dans le premier, nous racontons comment l'ophtalmie sympathique est entrée dans la nosologie; quelles

évolutions le temps et les recherches lui ont fait subir; quels sont les points de doctrine qui sont encore obscurs. Dans le deuxième nous traitons de l'étiologie : le champ délimité par Mackenzie s'est agrandi de tous côtés; le traumatisme n'est plus la seule cause des ophtalmies réflexes et, tout comme les violences extérieures, les affections spontanées de l'œil ont sur le congénère une pernicieuse influence. Dans le troisième, nous cherchons par quelle voie l'influence délétère s'exerce de l'œil malade sur l'œil sain. D'après nous, les altérations nutritives ne naîtraient pas, comme on l'affirmait alors, de troubles vaso-moteurs persistants; nous les expliquons par une névrite ascendante du trijumeau, névrite qui se réfléchirait dans le bulbe sur le trijumeau du côté opposé et susciterait ainsi des accidents sympathiques. Cette hypothèse s'accorde avec les lois de la physiologie générale que la théorie vaso-motrice heurte de front. Dans le quatrième, nous décrivons les formes classiques de la maladie. Le cinquième est consacré au diagnostic et le sixième expose les nombreux traitements qu'on a proposés : nous nous y occupons surtout de l'énucléation préventive ou curative dont les indications étaient encore délicates et controversées.

III. — AFFECTIONS DU COU

1. — Phlegmon ligneux du cou.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 146, 1894.)

« Je voudrais vous parler d'une variété particulière de phlegmon chronique du cou que j'ai observée au moins quatre fois et qui ne me semble pas avoir été encore le sujet d'une description didactique. Mais d'autres aussi l'ont vue sans doute et j'espère qu'ils joindront leur fait au mien pour tracer un tableau précis de cette affection peu connue... Le tableau

clinique a été le même dans tous les cas : c'est toujours au cou, tantôt sur les parties latérales, tantôt en avant, que le phlegmon ligneux s'est développé, et toujours il a occupé une large surface ; toujours son développement a été lent et la masse, d'un rouge vineux ou violacé, s'est accrue sans fièvre et sans phénomènes généraux appréciables ; la douleur manque presque totalement, et la plaque, d'une résistance qui rappelle celle du cancer en cuirasse, reste de longues semaines avant de montrer la moindre trace de suppuration.... En résumé, il se développe parfois dans la région cervicale, sous l'influence de causes que nous ne connaissons pas, mais parmi lesquelles la cachexie paraît jouer un rôle, un phlegmon d'une allure particulière et caractérisé par son évolution lente et la dureté ligneuse que prennent les téguments. Aussi pourrait-on le confondre avec une tumeur maligne de la peau. Dans le seul cas où l'examen bactériologique a été fait, on a trouvé un diplocoque paraissant différer par de nombreux caractères des microbes habituels de la suppuration. »

2. — Angiome caverneux en communication directe avec la veine jugulaire interne.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 29, 1884.)

« Il existe à la région cervicale des angiomes caverneux absolument réductibles et dont le diagnostic est parfois malaisé ; les vastes aréoles de leur tissu communiquent largement et par des canaux sans valvules avec les veines jugulaires, de là leur réductibilité remarquable ; une fois vidées, ces tumeurs se remplissent très rapidement, non, comme le dit Virchow, par les artérioles afférentes, dont l'apport est négligeable, mais par le reflux du sang des gros tissus veineux dans les aréoles dilatées ; ces angiomes, qui semblent être au système veineux ce que les anévrysmes crisoïdes sont au système artériel, devraient être séparées des tumeurs érectiles ordinaires, dont elles diffèrent essentiellement. »

3. — Diagnostic et traitement du lymphadénome cervical.

(Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu, p. 239, 1888.)

« A la suite des merveilleux succès obtenus par le traitement arsenical et publiés par von Winiwarter, Billroth, Czermak, Israël, Karewski et tant d'autres, nous avons, nous aussi, eu recours à la liqueur de Fowler, et trois cas ont paru légitimer les assertions des auteurs allemands. Mais depuis nos échecs ont été si nombreux et si lamentables que pour expliquer nos premières guérisons et celles de nos confrères d'outre-Rhin nous avons tendance à invoquer quelques erreurs de diagnostic. »

4. — De la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

(Cliniques et critiques chirurgicales, p. 540, 1884.)

« En résumé, le laryngotomie inter-crico-thyroïdienne n'est pas une grave opération. Pour nous servir des expressions de Malgaigne, elle ne présente ni les périls, ni les difficultés de la trachéotomie. Le plus grand éloignement des gros troncs artériels et veineux de la base du cou, la netteté des points de repère, la moindre épaisseur des parties molles et leur faible vascularité, l'impossibilité d'ouvrir l'œsophage par une échappée du bistouri, sont des avantages réels, authentiques et démontrés par une pratique étendue. Au contraire, les inconvénients que l'on a signalés, espace trop étroit pour une canule suffisante, nécrose des cartilages, altération des cordes vocales, sont illusoires. Chez l'adulte donc, et c'est ainsi que nous voulons conclure, la laryngotomie sera l'opération de choix. »

5. — De la sonde œsophagienne à demeure.

(Cliniques et critiques chirurgicales, p. 379, 1884.)

« En résumé, des considérations qui précèdent il résulte que la sonde œsophagienne à demeure doit entrer dans la pratique; elle est utile dans

les rétrécissements cancéreux; on évite ainsi les dangers du cathétérisme dans les tissus ramollis, la déchirure de la paroi et la pénétration dans le médiastin; l'alimentation n'est plus à la merci d'une oblitération par végétation des masses cancéreuses; la cachexie est moins rapide. La sonde est encore utile pour certaines opérations pratiquées dans la cavité buccale. Si l'on doit rejeter son emploi dans l'uranoplastie, il faut y avoir recours dans les cas d'extirpation totale de la langue; la sonde introduite par le nez est tolérée parfaitement et le bol alimentaire pénètre dans l'estomac sans provoquer les douleurs qu'entraîne la déglutition. »

IV. — AFFECTIONS DE L'ESTOMAC, DE L'INTESTIN ET DU FOIE

1. — Des perforations traumatiques de l'estomac et de l'intestin.

(*Revue de Chirurgie*, 1890, p. 89 et 419 (mémoire en collaboration avec M. Noguès); *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1889, p. 132, 1890, p. 447 et 1891, p. 536; *IIIᵉ Congrès français de Chirurgie*, 1888; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 254 et 267, 1888; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 285, 1894.)

Nous avons provoqué de longs débats, devant la Société de Chirurgie, sur le traitement des perforations traumatiques de l'intestin. L'accord n'a pu se faire et deux opinions sont en présence : les uns pensent que lorsque le diagnostic de pénétration est évident, il faut ouvrir le ventre, chercher les plaies intestinales et les oblitérer pour éviter l'effusion certaine des matières fécales qui provoquerait une péritonite sûrement mortelle; les autres affirment que l'attention systématique est préférable; les succès, disent-ils, sont plus nombreux et achetés à moindre prix. S'il nous fallait choisir entre ces deux méthodes, nous opterions pour la seconde, mais nous pensons qu'il y place pour toutes les deux, et la clinique pourrait déjà dégager certaines règles d'abstention ou d'intervention.

Nous avons, dans nos divers mémoires, prouvé un certain nombre de points contestés ou obscurs : d'abord il est faux d'affirmer que « la mort

est toujours fatale » dans les perforations traumatiques de l'intestin. Les cas de guérison ne sont pas rares. J'en ai cité de personnels où un signe non équivoque a permis d'établir le diagnostic et j'ai pu en recueillir 27 dans les recueils scientifiques. L'expérimentation sur des chiens est venue confirmer cette opinion, et de mes recherches et de celles d'Estor (de Montpellier) il ressort que sur 6 de ces animaux blessés par une balle de revolver, 3 peuvent survivre à une ouverture de l'intestin grêle. Nous avons pu étudier le mécanisme de ces guérisons spontanées; dans certains cas, lorsque les plaies sont petites, le parallélisme de leurs lèvres au niveau des diverses tuniques intestinales peut se détruire, et le trajet est oblitéré malgré la solution de continuité des tissus ; dans d'autres, la muqueuse s'exprime, pour ainsi dire, au travers des autres couches, et en se herniant sous la séreuse, ferme la plaie intestinale; dans d'autres encore, l'épiploon vient entourer l'anse blessée et aveugler le trou anormal ; dans d'autres enfin, une anse voisine, un repli de mésentère ou de péritoine pariétal, en un mot, un feuillet séreux voisin, s'accole à la solution de continuité, des adhérences se font, et la guérison définitive peut en être la conséquence. C'est ce dernier mécanisme que nous tenons pour le plus efficace et le plus fréquent.

Tous ces modes de guérison s'appuient sur des expériences vieilles comme la physiologie, et sur l'examen de pièces que la laparotomie, si fréquente dans ces dernières années, a permis de multiplier. D'ailleurs une statistique a été dressée par M. Noguès et par moi; nous avons recueilli 88 observations de plaies pénétrantes de l'abdomen par petits projectiles et traitées par l'abstention; et cette statistique nous donne 66 guérisons pour 22 morts seulement, soit une léthalité de 25 pour 100. Nous avons invoqué les relevés de Stimson, qui sur 37 cas nous donne 20 morts et 17 guérisons, statistique qui, pour accuser des résultats très inférieurs aux nôtres, n'en établit pas moins la fréquence relative de la guérison spontanée dans les cas de perforation traumatique du tube digestif.

J'ai montré ensuite les dangers, les difficultés et les mécomptes de la laparotomie ; à côté de quelques magnifiques et retentissants succès, que de nombreux désastres ! J'ai pour ma part 4 morts sur 4 interventions, et les

statistiques dressées par les auteurs sont loin d'être brillantes : les relevés de Norton, de Coley, ceux que j'ai colligés avec Noguès, accusent une mortalité de 60, 63 et 67 pour 100. Ces chiffres ne sont pas pour nous encourager. Et puis interviendra-t-on dans tous les milieux, et l'ouverture, cette laparotomie, ici particulièrement délicate avec les précautions infinies que nécessite l'exploration de l'intestin, peut-on la pratiquer ailleurs qu'à l'hôpital et dans certaines maisons de santé? et voilà déjà que la chirurgie d'armée ne saurait en profiter. Aussi et sans méconnaître la quasi unanimité qui s'est créée parmi nos collègues contre cette opinion, suis-je contre l'intervention systématique dans les plaies péritonéales de l'abdomen. Je m'abstiens lorsque aucun symptôme général, lorsque aucun signe local ne vient me forcer la main.

Est-ce à dire que je suis un abstentionniste quand même? Non, et j'ai essayé de formuler les conditions cliniques qui paraissent commander l'intervention, cette intervention à résultats si aléatoires, mais qui, enfin, me semble alors moins précaire que l'abstention. Je conseille la laparotomie quand des signes que je n'ai pas à exposer ici me font croire à l'existence d'une *hémorrhagie*; un vaisseau est ouvert, il faut le fermer, c'est une règle de chirurgie générale. Je la conseille encore lorsque *l'issue immédiate de gaz et de matières intestinales* par la plaie révèle une perforation large qui va inoculer le péritoine; j'interviens aussi lorsqu'un *tympanisme localisé*, qu'on reconnaît le plus souvent à la sonorité de la région hépatique, prouve l'existence d'une ouverture qui, capable de laisser passer les gaz, pourrait aussi livrer passage aux matières solides ou liquides. J'interviendrai encore lorsque commence la *réaction péritonéale* qui prouve l'infection de la séreuse. Mais c'est alors bien tard et je n'ose insister, car si les interventionnistes fournissent des observations mémorables où la laparotomie a paru sauver le blessé, les abstentionnistes montrent aussi la péritonite tournant court et le malade survivant sans laparotomie.

2. — Sur une gastro-entérostomie. (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 209, 1894.) **Sur une observation nouvelle de gastro-entérostomie.** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 224, 1894.)

« Je résumerai ces conférences par quelques brèves conclusions : la gastro-entérostomie me semble, comme opération palliative, aussi logique et aussi nettement motivée que la gastrostomie et la création d'un anus artificiel. Elle a contre elle une mortalité qui s'élèverait, dit-on, à 50 pour 100, mais qui tient, non à l'intervention elle-même, mais aux conditions déplorables dans lesquelles on y a recours; qu'on agisse avant d'atteindre le dernier degré de cachexie et les survies seront beaucoup plus nombreuses. »

3. — Sur deux observations d'obstruction intestinale.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 301, 1894.)

« En résumé, les cas sont fort rares où le diagnostic est établi; certes, il faut, par une analyse minutieuse des symptômes, tâcher de multiplier ces faits; alors le choix sera facile et de la nature de l'obstacle découlera l'indication du traitement. Mais que faire dans les cas douteux, dans ces cas qui, en définitive, forment la grande majorité de ceux que les médecins nous soumettent... ? Pour ma part, j'essaye, tout d'abord, des moyens médicaux, des lavements électriques; s'ils échouent et si le malade est encore résistant, si le tympanisme est modéré, si d'ailleurs je suis bien outillé, dans un hôpital où l'asepsie est possible, j'aurais recours à la laparotomie, mais s'il s'agit d'un individu météorisé, refroidi, incapable de supporter une longue intervention et s'il se trouve dans un milieu où l'inoculation du péritoine soit à redouter, l'entérostomie me semble indiquée; si elle laisse peut-être mourir plus de malades, elle en tue sûrement beaucoup moins. »

4. — **Des appendicites aiguës** (*Revue de Chirurgie*, 1890, p. 799); **Appendicites** (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1890, p. 558 et 1892, p. 439); **Traitement des appendicites** (*Semaine médicale*, août 1890); **Traitement des appendicites** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 334); **Traitement de l'appendicite aiguë** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 344).

« J'ai soulevé sur cette question actuelle et des plus importantes de nombreuses discussions devant la Société de chirurgie et je crois avoir le premier de mes collègues, en France, ouvert le ventre et incisé l'appendice de propos délibéré. J'ai dès le début adopté la plupart des conclusions de Roux (de Lausanne), et à cette heure l'accord est fait sur la plupart des points. Un seul est controversé. « Faut-il, comme je le professe, inciser le foyer dès qu'on le trouve, ou vaut-il mieux s'abstenir comme le conseillent avec la plupart des médecins, Berger et Jalaguier, du moins lorsque l'état général s'amende, lorsque la fièvre tombe et lorsque la tumeur tend à rétrocéder? Certainement il existe des cas de guérison authentique sans intervention; mais je n'en reste pas moins partisan de cette intervention. D'abord pour moi, dès que la tuméfaction s'accuse dans la fosse iliaque, dès que le plastron apparaît, il y a du pus : ce qui nous permet d'en affirmer la présence, c'est qu'on le trouve toutes les fois qu'on incise; Sonnenberg, Roux (de Lausanne) et nous, qui ouvrons systématiquement dans ces cas, nous l'avons toujours rencontré. Il y a donc du pus dans ces appendicites accompagnées d'empâtement et je propose d'inciser, malgré la guérison possible sans intervention, parce que cette guérison médicale n'est pas aussi durable qu'on l'espère. Presque tous les malades que l'on finit par opérer ne racontent-ils pas que six mois, un an, deux ans auparavant ils ont eu une crise semblable traitée par le repos, la diète, l'opium, les sangsues et la glace! Ils ont été guéris non pas une fois, mais deux, trois, quatre, sept fois comme dans un cas que nous avons eu sous les yeux, et ils n'en arrivent pas moins à réclamer une intervention chirurgicale.

« Donc, pour nous, la réponse ne saurait être douteuse, puisque dans les appendicites véritables où une tuméfaction nette soulève la fosse

iliaque, le traitement médical ne donne qu'une guérison souvent précaire, puisque la récidive est toujours à craindre, puisque le pus collecté peut se résorber sans doute, mais d'une manière ordinairement incomplète, puisque au milieu des néo-membranes persistent des foyers mal éteints que rallume le moindre écart de régime, un léger traumatisme, un simple refroidissement, puisque le malade est toujours sous le coup d'une rechute, pourquoi ne pas en finir une bonne fois? Je comprendrais l'abstention si l'opération était dangereuse, mais elle ne l'est aucunement et je n'ai pas le souvenir d'une seule observation où la terminaison fatale soit venue de son fait. A la suite des opérations d'appendicites on ne meurt que dans les cas graves, justement alors que la question d'intervention ne se pose pour personne; elle est résolue à l'avance dans le sens de l'affirmative et comme l'unique et frêle espérance de sauver le patient.

« S'il en est ainsi, si l'opération n'a aucune gravité, si elle donne plus de garantie de guérison définitive, pourquoi la repousser? D'autant que l'abstention n'expose pas seulement à une série de récidives; il y a des dangers plus redoutables et Schmidt a soumis à la Société de chirurgie des observations où le mal a été la conséquence de ces rechutes. Nul ne peut prévoir ce que deviendra le foyer purulent : le plus souvent il se résorbe, dit-on, mais il peut s'ouvrir dans le péritoine, fuser sous la veine cave, le hile du foie, pénétrer dans la plèvre et provoquer des accidents mortels. J'ai cité un cas de Brissaud où, après trois rechutes en l'espace d'un an et demi, une péritonite suraiguë emporta un enfant en l'espace de quelques heures. Aussi, pour moi, dès que l'appendicite se traduit par une tuméfaction appréciable dans la fosse iliaque droite, j'incise pour guérir le mal présent, pour éviter la récidive probable et pour conjurer les complications redoutables possibles. »

5. — Typhlite et appendicites tuberculeuses.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 317, 1894.)

« Les observations de tuberculose du cæcum s'accumulent, et depuis quelques années les faits cliniques et les descriptions anatomiques qui

se multiplient ont jeté quelque clarté sur cette affection si grave méconnue. A cette heure les cas en sont assez nombreux pour que j'en puisse présenter un tableau d'ensemble, et je vais l'essayer en m'appuyant sur des observations personnelles.... Il semble que l'on peut admettre deux formes anatomo-pathologiques distinctes, qui se traduisent du reste par des symptômes différents : une variété de tuberculose fibreuse ou hypertrophiante et une variété ulcéreuse. D'ailleurs elles peuvent se combiner et l'on peut constater entre elles deux, tous les intermédiaires. La première forme est le plus souvent prise pour un cancer, même pièces en mains, même après l'examen histologique. Dans la deuxième, des abcès se forment qui s'ouvrent à l'intérieur et donnent naissance à des fistules pyo-stercorales. Il y a une troisième forme qu'a bien vue Richelot et qu'a étudiée le professeur Cornil : souvent, au lieu de la concrétion stercorale qui se produit dans l'appendice et dont la présence irrite ou perfore les membranes, une ulcération tuberculeuse se formerait, colonie bacillaire qui détruirait la paroi ; le coli-bacille d'ailleurs se mettrait de la partie, franchirait les tuniques de l'intestin pour provoquer la suppuration, de telle sorte que nombre d'appendicites jusqu'ici regardées comme d'origine inflammatoire auraient pour cause première la présence du bacille de Koch. »

6. — Ramollissement aigu d'une anse intestinale étranglée.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 292, 1888.)

« J'ai opéré un malade trois heures après le début d'un étranglement survenu dans une grosse hernie inguinale. Je devais trouver l'intestin congestionné sans doute, œdémateux et rouge, mais du moins je comptais sur l'intégrité absolue de ces tuniques. Or j'ai constaté un ramollissement tel de l'anse herniée que, aux premières tentatives de réduction, le mésentère s'est déchiré et l'intestin crevé en plusieurs parts ; j'ai dû créer un anus artificiel.... Nous avons recherché la pathogénie de ce ramollissement aigu, et il faut l'attribuer, je crois, à une hémorrhagie encéphalique que le malade avait eue autrefois ; on sait que, dans ces cas, il survient

souvent des altérations viscérales, des suffusions sanguines, des apoplexies qui avaient frappé l'anse herniée.... Tel est ce fait exceptionnel, dont nous tirerons cet enseignement, c'est que chez les individus atteints de lésions cérébrales, il faudra se méfier des hernies : elles auront beau être inguinales, très volumineuses, étranglées depuis peu, c'est-à-dire se trouver dans les conditions les meilleures de réussite, on ne comptera pas absolument sur l'intégrité des parois ; elles peuvent être atteintes profondément, friables, ramollies, et l'on devra procéder à leur examen avec une minutie particulière. »

7. — Traitement des kystes hydatiques du foie.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 334, 1888; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 265, 1894.)

« Aussi — et telle est notre conclusion — lorsqu'on soupçonne l'existence d'un kyste hydatique du foie, il faut pratiquer la ponction aspiratrice, sans danger; pourvu que l'asepsie soit complète, cette ponction assure le diagnostic et l'on dit qu'elle a suffi plusieurs fois pour amener la guérison. Mais dès que le liquide s'est reproduit, on aura recours à la laparotomie : une incision sur la ligne blanche ou parallèle au rebord des fausses côtes fournira sur la tumeur des renseignements précis; au chirurgien de régler sa conduite ultérieure d'après la variété de kyste et les conditions anatomiques; il verra s'il doit ouvrir le kyste en un temps ou en deux temps (1888). »

« Il y a six ans, la thérapeutique du kyste hydatique du foie me paraissait définitivement fixée et les moyens chirurgicaux, l'ouverture large de la poche, avaient conquis toutes les adhésions. Mais voici que nous assistons à un retour offensif de la médecine : la ponction suivie d'injections parasiticides dans la poche reparaît appuyée sur de tels succès qu'on ne saurait plus la regarder comme une quantité négligeable.... Une innocuité sans doute plus grande, une guérison certainement plus rapide, tels sont les arguments à retenir en faveur du traitement médical; une guérison plus certaine, mais sujette à un retour offensif, voilà qui plaide en faveur de

l'intervention chirurgicale. En vérité, nous ne trouvons là rien de pérémptoire et qui puisse nous décider. Heureusement quelques indications cliniques se dégagent dès aujourd'hui et le diagnostic de telle ou telle variété conduirait au procédé à choisir : incision large dans les kystes suppurés, dans les kystes récidivés, à paroi calcifiée, dans les kystes presque émergés du tissu hépatique auquel ils sont fixés par un mince pédicule, kystes encombrés de vésicules filles, enfin kystes volumineux, tendus, prêts à se rompre.

« Injections parasiticides dans les kystes à parois souples, à vésicules peu nombreuses, et d'où la ponction a retiré non du pus, mais en quantité appréciable du liquide clair; on doit alors recourir aux procédés de Debove ou de Hanot.... Vous le voyez, je fais un grand pas vers le camp médical et, en dehors des variétés spéciales énumérées tout à l'heure et qu'il est plus facile d'indiquer que de diagnostiquer, je propose de commencer le traitement du kyste hydatique par la ponction, l'évacuation du liquide et l'injection parasiticide; mais, en cas d'échec immédiat ou de récidive, je m'adresserai à l'incision en un ou deux temps, opération à peu près innocente et je n'en ai plus à faire les preuves (1894). »

8. — Entérostomie biliaire.

(Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie, 1892, p. 767; Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 239.)

« Les symptômes etaient tels qu'il s'agissait sans conteste d'une obstruction du canal cholédoque et, en France du moins, les neuf médecins consultés étaient tombés d'accord pour proclamer ce point. Mais avait-on affaire à un cancer ou à un calcul? La laparotomie devait donner la solution du problème. D'ailleurs, dans les deux hypothèses un traitement identique était indiqué. Ne fallait-il pas de toute nécessité donner un libre écoulement à la bile dont la rétention devait à brève échéance détruire le foie et empoisonner l'organisme? L'entérostomie biliaire devait assurer cette évacuation; c'est le résultat que nous avons obtenu par notre opération et le patient a, pour ainsi dire, ressuscité sous nos yeux. Aussi

pensons-nous, et ce sera notre conclusion dernière, que dans les obstructions du cholédoque l'intervention chirurgicale doit être proposée dès qu'on a constaté l'échec d'une thérapeutique médicale rationnelle. »

9. — Entérostomie biliaire et calcul du pancréas.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 254, 1894.)

« Nous avions, sur le malade du travail précédent, diagnostiqué, au cours de l'opération : calcul du canal cholédoque. M. Terrier, sur le seul fait de la dilatation considérable de la vésicule biliaire, avait affirmé l'existence du cancer dans notre cas. Au bout de huit mois notre opéré nous revient avec des douleurs telles qu'il réclame une intervention nouvelle; nous ouvrons le ventre et nous trouvons, non le calcul que nous croyions avoir senti lors de notre cholécystentérostomie, mais un cancer du pancréas. M. Terrier avait donc eu raison. Mais, tout en retenant ce signe qui, dans notre cas particulier, nous eût conduit au diagnostic, je puis signaler bien des cas réfractaires à cette loi; celui de Sabourin et Raynaud, de Billroth, de Lancereaux, de Hanot, de Cruveilhier, de Bright, de Barth, de Harley.... En résumé, lorsque la rétention biliaire provoque la dilatation de la vésicule, on doit redouter le cancer de la tête du pancréas comme nous l'ont appris Courvoisier et Terrier; en effet, si les calculs du cholédoque peuvent, ainsi que le démontrent nombre d'observations authentiques, provoquer une rétrodilatation des voies biliaires, c'est leur atrophie que l'on constate le plus souvent. Ce fait prouve encore que le cancer du pancréas n'a pas toujours une évolution tellement rapide, que moins d'un an suffise pour emporter le malade, puisque le nôtre a vécu vingt et un mois depuis les premiers accidents. Il prouve enfin que l'entérostomie biliaire est indiquée toutes les fois qu'il existe sur le cholédoque un obstacle au cours de la bile; dans les cas de calcul l'intervention procurera une guérison durable et dans la néoplasie de la tête du pancréas, elle pourra retarder le mal en conjurant l'empoisonnement que provoque la rétention de la bile. »

V. — AFFECTIONS DE L'ANUS ET DU RECTUM

1. — Traitement des abcès de la région ano-rectale; Des abcès de la région ano-rectale et de leur traitement.

(*Archives générales de Médecine et de Chirurgie*, VII[e] s., t. XVIII, p. 641; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 351, 1888; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 353, 1894.)

« Tout abcès de la région ano-rectale doit être traité comme une fistule borgne externe, dont, après ouverture spontanée ou provoquée, il est devenu le parfait équivalent (1884). »

« Pour les abcès intra-sphinctériens, de beaucoup les plus nombreux, dans la proportion de dix à un, si j'en crois mes relevés, nous aurons recours à la méthode de Fajet; pour les extra-sphinctériens, de bons chirurgiens paraissent avoir obtenu des succès par la simple incision antéro-postérieure; nous devons essayer du procédé, car s'il est efficace, il est supérieur à l'incision du sphincter puisqu'il provoque moins de délabrement, guérit plus vite et n'expose pas à l'incontinence des matières fécales (1894). »

2. — Des diverses formes des abcès péri-anaux et de leur traitement.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 362.)

« Une étude plus attentive des abcès de la région ano-rectale m'a prouvé qu'il faut en distinguer deux variétés : je dis deux pour laisser de côté une forme peu importante, les abcès de la rainure interfessière, collections intra-dermiques, sorte de furoncles qui se développent dans l'appareil pilo-sébacé; ils ont parfois une origine tuberculeuse. Si l'on consulte les classiques à l'article « abcès de la région ano-rectale »,on ne trouve mentionnés, entre les collections intra-dermiques, que les abcès de la fosse ischio-rectale; à lire les descriptions de nos maîtres, il semble que le pus s'amasse toujours entre le releveur de l'anus et le sphincter en

dedans, l'ischion et le pubis en dehors; nos recherches nous ont prouvé qu'il n'en est rien et que si ces collections que nous nommons intra-sphinctériennes, c'est-à-dire situées en dehors du sphincter, existent réellement, elles sont peu fréquentes : le plus souvent les abcès de l'anus sont logés sur la peau marginale et sur la muqueuse; ils se développent en dedans du sphincter; aussi, dans notre classification, leur réservons-nous le nom d'intra-sphinctériens. Nous avons été les premiers à établir cette distinction; plus tard, nous avons vu qu'Allingham la connaissait. Notre élève Milloche, dans un historique très étudié, constate que Danyau avait soupçonné ces deux localisations possibles des abcès péri-anaux.

« Or les abcès intra-sphinctériens ou sous-cutanéo-muqueux qu'ignoraient nos maîtres sont les plus fréquents : dans quelles proportions, je ne saurais le dire, et de nouvelles statistiques sont nécessaires. Sur 33 observations recueillies dans notre service, j'ai trouvé 29 abcès intra-sphinctériens et 4 extra-sphinctériens ou de la fosse ischio-rectale. D'après le relevé d'une année à l'hôpital Broussais j'ai constaté que 18 étaient intra-sphinctériens et 1 seulement extra-sphinctérien; dans notre service de la Pitié j'ai, au cours de la première année, observé 2 abcès intra-rectaux contre 27 sous-cutanéo-muqueux. Je ne saurais donc me prononcer avec certitude, mais j'imagine que la proportion de 1 sur 10 ou sur 15 correspond à peu près à la réalité des choses. »

3. — Traitement des hémorroïdes.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1892, p. 502; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 371, 1894.)

« Autrefois je me contentais de forcer le sphincter, mais dans les cas de bourrelets volumineux, et le plus souvent j'ai vu cette intervention suffire à elle seule pour amener la disparition totale des hémorrhoïdes. Mais, comme ce résultat n'est pas toujours obtenu, comme la récidive peut survenir lorsque les varices sont abondantes, j'ai maintenant recours à la dilatation et à l'incision simultanées quand une masse de quelque

importance sort à travers l'anus relâché. La guérison en est plus sûre, plus durable et l'opération en reste aussi simple et aussi innocente. Aussi je termine par cette proposition : pour peu que les hémorrhoïdes soient gênantes et ne cèdent pas au traitement médical, ayez recours à la dilatation ; vous la compléterez, si les varices produites sont volumineuses, par l'incision suivie de suture, selon le procédé si simple que je vous ai décrit. »

4. — Molluscums fibreux de la région ano-rectale.

(*Archives générales de Médecine et de Chirurgie*, VII[e] s., t. XVI, p. 271 ; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 375, 1888.)

« Cette affection est trop fréquente pour n'avoir pas été signalée maintes fois et nous retrouvons sa trace dans nombre d'observations ; mais la description en est trop vague pour qu'on puisse la distinguer sûrement des polypes de toutes sortes, des hémorrhoïdes sèches, des néoplasmes syphilitiques et surtout du fameux condylome, mot qui englobe tout et ne précise rien. Hamonic cependant nous montre que Rognetta l'avait décrit en 1836 sous le nom de « verrues de l'intestin rectum ». Cet auteur les sépare des végétations vénériennes et des polypes, et s'il admet leur dégénérescence possible en cancer, les deux affections ne lui paraissent pas moins fort dissemblables. Les verrues, en effet, sont de nature bénigne ; Esmarch, Curling, Gosselin surtout ont des velléités de séparer sous des noms divers les molluscums fibreux des autres excroissances rectales. Mais nous avons été le premier à présenter un tableau d'ensemble de cette affection dont, plus tard, Hamonic, inspiré par le professeur Trélat, a fait le sujet de sa thèse inaugurale sous le nom de « rectite proliférante. »

5. — Fistule congénitale de la région ano-coccygienne.

(*Gazette hebdomadaire*, 28 avril 1882, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, 1884.)

« Terrillon appelait récemment l'attention de la Société de Chirurgie sur la fistule congénitale creusée dans les téguments qui avoisinent la

base du sacrum. M. Després, dans une courte improvisation, MM. Heurtaux et Lannelongue, dans d'importants mémoires, insistaient à leur tour sur des trajets semblables observés au niveau du coccyx. Nous venons de recueillir un cas où la dépression se trouve beaucoup plus bas, dans la région péri-anale, ce lieu d'élection des fistules acquises. L'intérêt qui résulte de ce siège particulier nous paraît assez grand pour que nous exposions ce fait unique dans la science, si nous en croyons le résultat négatif de nos rapides recherches. L'orifice mesure 4 à 5 millimètres de diamètre; une sonde de femme y pénètre sans difficulté, mais elle est arrêtée après un trajet de 2 centimètres; le canal se rétrécit alors et n'admet plus qu'un stylet qui remonte jusqu'à une hauteur de 5 centimètres pour heurter contre un cul-de-sac; la paroi en est absolument souple, et tapissée d'un épiderme; l'origine en est congénitale. »

6. — Traitement du cancer ano-rectal; De l'extirpation du cancer du rectum.

(*Gazette hebdomadaire*, 6 juillet; 1881; *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 417, 1884; *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 366, 1894.)

« 1° Lorsque le cancer ano-rectal est bien limité, mobile, non adhérent, c'est à l'ablation qu'il faut avoir recours; 2° lorsque les limites supérieures du cancer ne dépassent pas le bout du doigt, et si le néoplasme est adhérent, c'est la rectotomie de Verneuil et Panas qui doit être préférée: 3° lorsque le cancer envahit un long segment du rectum et qu'il a gagné les organes voisins, il faut établir un anus artificiel; 4° la colotomie lombaire a pour elle la consécration d'une longue expérience, mais peut-être l'anus de Littre serait-il préférable et les quelques essais faits à une époque où nous étions bien moins armés que maintenant m'ont que peu découragé (1881). »

« Il y a eu en Allemagne, peut-être même un peu en France, une véritable débauche d'extirpation; un cancer du rectum était enlevé, quelque volumineux qu'il fût, quelque adhérent qu'il pût être aux tissus voisins; on ne craignait pas de réséquer de larges parties d'intestin, d'ouvrir le

vagin, l'utérus, le péritoine, d'intéresser la prostate ou la vessie, de reconstituer par la destruction des cloisons qui séparent ces divers organes, le cloaque primitif des périodes embryonnaires. Le résultat de cette pratique ne fut pas long à constater ; la plupart de ces opérés étaient emportés par le choc opératoire, les hémorrhagies primitives et secondaires et toutes les septicémies.

« Qu'avaient gagné à ces extirpations ceux qui échappaient aux accidents opératoires ? Une récidive à brève échéance, une fistule persistante, un sphincter paralysé. On avait donc tous les dangers, la mortalité effrayante de ces interventions à prétention radicale pour n'obtenir, en définitive, que les résultats des opérations palliatives : une récidive si rapide qu'elle équivaut à la continuation du premier cancer et un sphincter insuffisant aussi peu capable de régler le cours des matières que l'orifice artificiel ouvert au-dessus de la tumeur. Une vive réaction était donc à prévoir, et l'anus iliaque, pour lequel nous luttons depuis près de 12 ans, a regagné tout le terrain perdu.... Je suis partisan convaincu des interventions radicales; du moins faut-il que la tentative n'en soit pas déraisonnable et je résume les développements qui précèdent par cette simple conclusion : Dans les tumeurs malignes du rectum, l'extirpation ne me semble indiquée que lorsque le cancer est petit et mobile; elle peut donner alors d'excellents résultats et les trois beaux faits personnels que je vous ai signalés m'en paraissent une preuve convaincante (1894). »

7. — Anus iliaque et anus lombaire.

(*1er Congrès français de Chirurgie*, mai 1885; *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 316, 1888.)
(En collaboration avec le professeur Verneuil.)

« L'anus artificiel peut être ouvert dans la fosse iliaque gauche et s'aboucher dans l'S iliaque ou bien dans la région lombaire du même côté et pénétrer dans le côlon descendant. Chacun a ses défenseurs et en France, Fochier, Labbé, Mollière, Tillaux, Peyrot et surtout Trélat préconisent hautement la supériorité de l'anus lombaire; Rochard, Huguier, Richet et surtout Verneuil tiennent pour l'anus iliaque; telle est aussi ma

conviction, que je vais essayer de vous faire partager en réfutant les arguments que mon maître Verneuil et moi avons exposés au premier Congrès français de chirurgie.

« Les partisans de la colotomie lombaire indiquent cinq arguments de valeur inégale : 1° l'anus situé en arrière, comme l'anus normal, constituerait une infirmité moins dégoûtante et mieux tolérée par les malades; 2° cet anus serait moins exposé au renversement de la muqueuse et au rétrécissement consécutif; 3° la courbure brusque imprimée à l'intestin pour l'amener à fleur de peau, à travers l'épaisseur des téguments incisés, entraîne la formation d'un éperon saillant qui conduit le bol fécal au dehors et empêche son passage du bout supérieur dans l'inférieur; 4° le côlon descendant appliqué contre la paroi postérieure de l'abdomen et plus fixe que l'S iliaque, mobile grâce à son méso est moins facilement déplacé; 5° enfin le péritoine, ouvert par l'anus inguinal, est respecté par la colotomie lombaire, de ce fait moins dangereuse.

« Le premier argument est sans valeur; nous le retournons même contre les partisans de l'anus lombaire et, toutes choses égales d'ailleurs, nous préférons à l'anus d'Amussat, l'anus de Littre, placé sous les yeux et sous la main de l'opéré. La hernie de la muqueuse intestinale, son renversement n'est pas moins rare dans l'anus lombaire que dans l'anus iliaque, ainsi qu'il ressort de la lecture des observations, et ce deuxième argument tombe comme le premier. Le troisième argument, la saillie que présente l'éperon dans la colotomie lombaire, a pour nous une haute valeur, car cet éperon arrête les matières fécales, les dirige vers l'anus artificiel et s'oppose à ce qu'elles s'engagent dans le bout inférieur, où les accumulations provoquent une distension souvent dangereuse. Mais par le procédé de Verneuil et par notre procédé en deux temps, l'anus iliaque est doté d'un éperon autrement solide que celui de l'anus lombaire, et de ce fait l'avantage reste encore à l'anus iliaque. Le quatrième argument, la plus grande fixité du côlon opposée à la mobilité de l'S iliaque, se retourne aussi en notre faveur et ce qui fait la grande supériorité de l'anus iliaque, c'est que celui-ci se fait facilement et pour ainsi dire à coup sûr, tandis que l'anus lombaire est si difficile qu'un opérateur comme Trélat n'a pu 2 fois sur 9 trouver le côlon descendant et a placé l'anus

sur l'intestin grêle. Reste le dernier argument : l'anus lombaire n'ouvre pas le péritoine, aussi serait-il d'un pronostic moins redoutable. Or la pratique a démontré l'innocuité absolue de cet anus iliaque. Aussi vous dirai-je comme conclusion : la colotomie iliaque doit devenir le procédé de choix, car elle nous donne un anus artificiel mieux placé, d'une gravité moindre et d'une exécution plus facile et plus sûre (1885). »

« Depuis le jour où a paru ce mémoire, la question a marché et l'on peut dire que mon maître Verneuil et moi avons cause gagnée : la presque totalité des colotomies pratiquées dans ces derniers temps sont des colotomies inguinales ; la plupart des membres de l'Association britannique s'en sont déclarés partisans et nous croyons que M. Trélat lui-même, qui vient d'avoir recours trois fois à cette opération, pense, tout en présentant quelques réserves d'ordre secondaire, que « l'avenir est à l'anus iliaque ».

8. — Traitement des cancers inopérables du rectum. De la colotomie iliaque en deux temps.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 397 ; *Gazette hebdomadaire*, 12 mars 1890.)

« Nous avons établi que les tentatives d'extirpation, pour les cancers du rectum volumineux et adhérents, donnaient comme résultat, lorsque la mort n'en était pas la conséquence rapide, l'équivalent d'une mauvaise opération palliative : une récidive si prompte qu'elle n'était en réalité qu'une continuation du néoplasme primitif, et un sphincter incontractile, aussi incapable qu'un anus artificiel de régler le cours des matières fécales. Aussi la conclusion s'impose et, lorsque la tumeur n'est pas petite et mobile, on doit avoir recours, non à des interventions prétendues radicales, qui, sous prétexte de guérir le malade, le tuent, mais à des opérations palliatives dont les mérites seront de faire disparaître les douleurs, de s'opposer à l'obstruction toujours imminente et peut-être de retarder la marche du cancer.

« L'intervention de choix, dans les cancers inopérables du rectum, est la création, au-dessus du néoplasme, d'une voie de dérivation, par où

s'écoulent les matières fécales. Le lieu où il faut placer cet anus *artificiel* a soulevé de vives discussions : nous ne parlons pas de celles du siècle dernier, mais des luttes où nous avons pris part et où, avec Verneuil, nous avons défendu la supériorité de l'anus inguinal ou iliaque, l'anus de Littre, du nom de son inventeur, contre l'anus lombaire ou l'anus de Callisen, établi en arrière, au-dessus de la crête iliaque et sur le côlon descendant. La victoire nous est restée, et aussi bien en France qu'en Allemagne et qu'en Angleterre, partout maintenant on ouvre le gros intestin au-dessus du ligament de Poupart; il faudrait, pour opérer dans la région lombaire, un cas de force majeure, l'extension du cancer à l'S iliaque. L'anus de Littre a triomphé, d'abord parce qu'il ne le cède en rien à l'anus de Callisen, et parce qu'il a sur lui une double supériorité : sa meilleure situation sous l'œil et sous la main de l'opéré, qui peut plus facilement en surveiller la propreté; et surtout l'extrême facilité de l'opération, que peuvent mener à bien les plus modestes, j'oserais presque dire les plus inexpérimentés en chirurgie.

« Le seul point maintenant à l'étude paraît être la technique opératoire. Au début, on se contentait de fixer, par des points de suture, le bord convexe de l'intestin aux deux lèvres de la plaie de l'abdomen; l'anse, simplement ouverte, n'était pour ainsi dire que tangente à la paroi du ventre; il n'y avait donc pas d'éperon entre le bout supérieur et le bout inférieur, comme lorsque l'intestin s'engage par un orifice et juxtapose les deux branches de son anse en canon de fusil. Aussi une partie des matières fécales passe bien par l'anus artificiel, mais une autre partie peut continuer son trajet primitif, s'engager dans le rectum et arriver jusqu'au cancer où elle s'arrête. Or il n'est pas indifférent que le bol fécal s'accumule en ce point; outre les douleurs qu'il y cause, le ténesme qu'il provoque, les fausses envies qu'il multiplie, on a observé des inflammations graves, des phlegmons, des ruptures même de l'intestin et des péritonites.

« On a imaginé bien des méthodes pour éviter ce grave inconvénient. L'opération de Madelung est bien compliquée : elle consiste à attirer l'anse intestinale au dehors et à la sectionner en travers; le bout inférieur, préalablement et incontestablement reconnu, est oblitéré par une

double rangée de sutures et réintégré dans le ventre; d'autres chirurgiens, il est vrai, fixent par une couronne de sutures l'orifice béant de ce bout à l'angle inférieur de la plaie, méthode plus sûre, qui permet le lavage du bout inférieur et son dégorgement, par reflux et mouvements anti-péristaltiques, des matières sanieuses et muqueuses que le néoplasme et les parois rectales sécrètent parfois abondamment. Quant au bout supérieur, celui par lequel s'écouleront les matières et qui, par conséquent, constitue le nouvel anus, on le fixe à l'angle externe par des fils de soie ou des crins de Florence. Cette méthode est du moins radicale et, grâce à elle, on est sûr de dériver, à l'extérieur, la totalité des matières fécales; la plus minime partie d'entre elles ne pourra s'engager dans le bout inférieur.

« Verneuil arrive plus simplement au même résultat : après avoir fait, parallèlement à l'arcade de Fallope, à deux travers de doigt au-dessus d'elle et à égale distance du pubis et de l'épine iliaque supérieure, une incision cutanée de 4 centimètres environ, il coupe l'aponévrose, les muscles, le fascia transversalis, enfin le péritoine. Presque toujours, dès la première ouverture de sa cavité, une petite frange épiploïque de l'S iliaque apparaît; on n'a qu'à l'attirer à soi et le gros intestin la suit. Mais si l'on reconnaissait l'anse régulière et bien calibrée de l'intestin grêle, on la refoulerait en haut et l'on chercherait l'S iliaque, reconnaissable justement à ses expansions graisseuses, à ses bosselures, à ses bandes musculaires longitudinales, et c'est elle qu'on amènerait dans la plaie. On hernie une anse entière à l'extérieur et on la fixe au pourtour de la plaie. Les deux bouts de l'anse, ainsi exprimés au travers de l'incision cutanée, sont accolés en canon de fusil, et forment ainsi un solide éperon qui s'oppose à ce que les matières du bout supérieur s'engagent dans l'inférieur.

« Maydl, de Vienne, a proposé de pratiquer cette opération en deux temps : l'anse intestinale est attirée dans la plaie, comme dans le procédé de Verneuil, et forme, par conséquent, deux bouts accolés en canon de fusil; elle est fixée par des points de suture, mais au lieu d'être ouverte immédiatement, on ne l'incise qu'au bout de cinq à six jours, lorsque les adhérences qui se forment spontanément entre le péritoine et

l'intestin sont assez solides. On est alors certain que les matières fécales ne s'insinueront pas dans le ventre pour y allumer une péritonite. Je ne décrirai pas ce procédé, il est compliqué et nécessite plusieurs plans de suture qui rendent l'opération fort longue. Mais j'ai proposé une modification, ou plutôt une série de simplifications généralement acceptées, et, surtout depuis l'emploi de la cocaïne, on peut dire que la création d'un anus artificiel iliaque par notre procédé en deux temps est devenue une opération de petite chirurgie.

« Je fais, suivant la ligne indiquée par Verneuil, une traînée anesthésique à la cocaïne qui mesure 4 à 5 centimètres environ; deux ou trois seringues de Pravaz d'une solution à 1 pour 100 y suffisent. Puis, je coupe la peau jusqu'à l'aponévrose. Ici, nouvelle injection et j'insinue sous l'aponévrose, entre elle et le péritoine, le contenu d'une ou deux seringues de la même solution à 1 pour 100, j'incise l'aponévrose, j'incise la séreuse, je reconnais l'S iliaque, j'en attire une anse et je la maintiens au dehors par une bougie en gomme que je passe au-dessous d'elle, à travers le mésocôlon. Cette sonde est fixée elle-même par des bandes transversales imbibées de collodion iodoformé; bougie et bandes s'opposent à ce que l'anse rentre dans le ventre d'une part, et de l'autre à ce que de nouvelles anses soient expulsées au dehors par une quinte de toux ou un effort quelconque. D'ailleurs, l'anse intestinale herniée est protégée par un pansement compressif, une sorte de niche de ouate hydrophile, pointe de vaseline boriquée, salicylée et iodoformée que l'on maintient par un bandage de corps. L'opération est terminée; elle a duré de 3 à 8 minutes.

Je trouve donc ce procédé excellent et je m'y tiens; cependant j'y ajoute encore un léger perfectionnement : dans notre procédé aussi bien que dans le procédé de Verneuil, j'ai vu parfois l'éperon disparaître par rétraction progressive du méso et le bout supérieur communiquer à nouveau avec l'inférieur. Chez quelques-uns de mes opérés, les matières ont pu aller jusqu'au cancer et provoquer des épreintes; aussi, lors de mes dernières opérations, lorsque l'anse est retirée, je prends, dans une aiguille de Reverdin, la peau, l'aponévrose, la séreuse d'une lèvre de mon incision abdominale, la séreuse, l'aponévrose, la peau de l'autre lèvre et je

les unis par un crin de Florence qui passe juste entre les deux branches de l'anse accolées en canon de fusil et divise par conséquent l'orifice primitif en deux orifices secondaires séparés l'un de l'autre par le pont cutané dû à mon point de suture et qui, chacun, livrent passage à l'une des deux branches de l'anse intestinale. La rétraction de l'éperon a beau se faire alors, les deux bouts intestinaux sont définitivement écartés par une bride tégumentaire. On a, mais plus simplement et à moins de frais, l'équivalent de l'opération de Madelung.

« En résumé, lorsque les cancers du rectum sont volumineux et adhérents, lorsque, par conséquent, l'extirpation aura comme conséquence une mortalité considérable, pour n'aboutir, dans les cas les plus heureux, qu'à une récidive prompte, le mieux est d'avoir recours sans tarder à la création d'un orifice artificiel de dérivation qu'on placera sur l'S iliaque. Cette opération, d'une facilité extrême, et qui n'entraîne plus à sa suite aucune mortalité, a pour avantages habituels de modérer la marche du cancer, d'assurer le libre écoulement des matières fécales et de faire cesser les douleurs. »

9. — De la colotomie dans le traitement des fistules vésico-intestinales.

(*Gazette hebdomadaire*, 10 avril 1885.)

Cet article, qui s'appuie sur l'analyse de faits de fistules vésico-intestinales molles du rectum, a pour but de montrer l'efficacité de l'anus artificiel placé au-dessus de la communication normale, à condition toutefois qu'on crée un éperon suffisant pour empêcher l'engagement des matières fécales du bout supérieur dans le bout inférieur.

VI. — AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME

1. — Du tubercule du testicule et de l'orchite tuberculeuse.

(*Thèse de Paris*, n° 188, 1876.)

Cette monographie est un des tout premiers travaux où l'on soit revenu à la doctrine des « tuberculoses locales », si nettement établie par Cruveilhier, mais niée depuis la vulgarisation de la fameuse « loi de Louis ». D'après un tableau dressé, d'après trente autopsies d'individus morts avec des tubercules de la glande spermatique, nous voyons que vingt fois la tuberculose génitale coexistait avec la tuberculose pulmonaire, mais que dix fois la tuberculose génitale était seule observée. Ces recherches démontraient en outre que la doctrine « dualiste » sur l'origine du tubercule, déjà ruinée par Grancher et Charcot pour le poumon, était aussi inacceptable pour le testicule. « Dans le testicule, avaient dit Rindfleisch et Virchow, la granulation grise ne se rencontre jamais », proposition que défendirent en France Richet et ses élèves ; il fallait donc des autopsies nouvelles et des examens microscopiques précis pour « inventer à nouveau la vieille granulation grise du testicule ! »

Un long chapitre préliminaire traite de l'*orchite chronique* dans ses rapports avec le tubercule : le mot orchite chronique n'avait aucune valeur précise, et cette étiquette recouvrait presque toujours un testicule tuberculeux ou syphilitique ; la confusion était absolue. Pour mettre un peu de clarté dans la question, il a fallu montrer que les inflammations aiguës ne laissent pas d'ordinaire des « exsudats » jaunes ou gris qui augmentent le volume de la glande. Ces exsudats sont des amas caséeux ou des gommes de la vérole, qui rendent les testicules « plus gros » ; tandis que les glandes chroniquement enflammées finissent par la sclérose ou l'atrophie. Le diagnostic « orchite chronique », très souvent porté dans les services avant 1877, et cette affection longuement décrite dans les thèses, mémoires et traités, ont à cette heure disparu.

La seule difficulté réside dans la détermination originelle de certains noyaux durs que l'on trouve parfois à la queue de l'épididyme. Sont-ils dus à une infiltration tuberculeuse ou sont-ils le reliquat d'une épididymite causée par une inflammation du canal, métrite ou blennorrhagie? Le cas est souvent délicat. Cependant on peut établir que « cette induration » diffère de celle du tubercule en ce qu'elle présente une sorte de rénitence et d'élasticité qui lui sont particulières. Il existe un autre signe qui nous paraît constant : on peut suivre nettement les contours de l'anse formée par la réflexion de la queue de l'épididyme; on sent avec la plus grande facilité la dépression que cette anse circonscrit. Or, comme rien de semblable ne s'observe à l'état sain, car les deux chefs de l'anse sont accolés l'un à l'autre, ou dans la tuberculose, car celle-ci englobe dans une masse compacte les flexuosités de la queue de l'épididyme, ce signe — vérifié par un grand nombre d'autopsies et de dissections — nous semble acquérir une véritable importance.

Notre deuxième chapitre traite de l'*Anatomie pathologique* : nous y étudions les trajets fistuleux du scrotum, leur disparition possible, la formation rare, mais observée par nous, d'abcès tuberculeux dans leur tissu cicatriciel, puis l'état de la séreuse; la vaginalite chronique qui accompagne toujours la dégénérescence caséeuse de la glande et qui se traduit tantôt par une adhérence des deux feuillets, des néo-membranes qui cloisonnent des cavités secondaires, ou bien par une hydrocèle, légère ou abondante; nous en arrivons aux altérations de la glande. La loi de Ricord : « lorsqu'il y a des tubercules dans quelques parties des voies génitales, il y en a dans l'épididyme, n'est pas toujours vérifiée »; mais les infractions sont très rares; il est au contraire fréquent de trouver des noyaux caséeux dans le seul épididyme, et sur un total de 34 autopsies nous avons : tubercules de l'épididyme et des testicules 27 cas, de l'épididyme seul 7. Il est exceptionnel de trouver des granulations grises; nous en citons pourtant plusieurs cas et nous en montrons des exemples dans les nombreuses planches qui accompagnent ce travail et qui mettent sous les yeux les nombreux types de lésions dont nous donnons, dans le texte, la longue description. Les examens microscopiques de nos très nombreuses pièces ont été pratiqués par M. Malassez, qui a publié dans les *Archives*

de physiologie une étude magistrale dont la partie histologique de notre thèse n'est que le résumé.

Dans la *partie clinique* de notre monographie nous étudions, sous le nom d'*orchite* tuberculeuse, une forme que Simon Duplay avait vue en 1860, mais dont on ne trouve aucune trace dans les écrits postérieurs. Cette « tuberculisation galopante » du testicule débute comme une orchite blennorrhagique, dont on ne saurait la distinguer à la première période, mais les abcès apparaissent, les symptômes aigus s'amendent et l'orchite tuberculeuse ne diffère plus de la tuberculose testiculaire chronique, dont nous complétons l'étude par un chapitre sur les *fongus tuberculeux*. Rien n'était encore plus confus et plus contradictoire que ce petit coin de pathologie génitale, que nous avons essayé d'éclaircir par une série de recherches dont nous rendrons compte plus loin. Un recueil d'observations d'orchites tuberculeuses, d'abcès tuberculeux du testicule, de scléroses et d'atrophies du testicule, 5 planches et 25 figures terminent cette thèse inaugurale présentée déjà au concours de la médaille d'or.

2. — De l'infection tuberculeuse par la voie génitale.

(*Gazette hebdomadaire*, 17 février 1885, et *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 514, 1888.)

L'infection tuberculeuse génitale par contagion directe dans les rapports sexuels est une doctrine qui, grâce à Cohnheim, à Verneuil, à Verchère et à Fernet, a compté de nombreux adeptes. J'essaie de démontrer le peu de précision des observations publiées à l'appui de cette thèse qui soulève des objections capitales; d'abord les cas où la tuberculose testiculaire s'est déclarée sans coït suspect chez des enfants non pubères. L'inoculation directe des voies sexuelles masculines peut se faire soit pas des ulcérations tuberculeuses de la vulve, du vagin, du col de l'utérus, absolument rares d'ailleurs, soit par le muco-pus vaginal, où Babes a découvert la présence des bacilles. Mais un très long voyage est indispensable pour que les micro-organismes atteignent une région où coloniser. En effet, les bacilles ne s'implantent pas sur le gland, dans la rainure balano-préputiale, dans les excoriations fréquentes au pourtour du pénis tiraillé; ils ne s'arrê-

tent pas non plus dans la fosse naviculaire, dans le cul-de-sac du bulbe. C'est dans la région prostatique, dans les vésicules séminales, surtout dans l'épididyme où le foyer tuberculeux s'organise; or est-il raisonnable d'admettre qu'un microbe immobile, sans mouvements propres, accomplira un tel exode avant d'être balayé par le flot d'urine qui, plusieurs fois par jour, fait irruption dans le canal? Et j'en arrive à conclure que l'infection directe par la voie génitale est peu vraisemblable et que la tuberculose semble avoir pour origine une autre inoculation.

3. — Fongus bénin du testicule.

(*Gazette hebdomadaire*, 12 janvier 1883, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 493, 1894.)

« Depuis 1876, nous proposons, à l'exemple de Deville, de morceler l'histoire du fongus bénin du testicule. Il ne constitue point une tumeur spéciale; il est un épisode, une simple complication, un phénomène souvent prévu au cours de certaines affections de la glande spermatique. Pourquoi donc isoler son étude? Ne faut-il pas, au contraire, la rattacher étroitement à celle de la maladie déterminante? Mais cette réforme nécessaire n'est point encore acceptée; l'ancienne classification survit malgré les justes attaques dont on l'assaille. Il n'est donc pas inutile de montrer ce qu'on entendait jadis par ce mot, les acceptions diverses qu'il prend aujourd'hui, à quelle affection nous devons annexer ces descriptions et notre conception personnelle du fongus.

. . . .

« Telles sont les trois catégories de fongus que nous devons admettre : fongus d'origine traumatique, inflammatoire et gangreneux, fongus syphilitique et fongus tuberculeux. Nos deux premières renferment l'une et l'autre deux formes très distinctes, d'une anatomie pathologique et d'une pathogénie très différentes : le fongus « albuginique » ou hernie du testicule, et le fongus parenchymateux, dont la base d'implantation est au sein même de la glande. Quant au fongus

d'origine tuberculeuse, notre troisième catégorie, il nous offre de nombreux exemples de hernie du testicule; mais nous n'avons pu trouver de faits évidents du fongus parenchymateux, dont nous sommes bien éloigné cependant de nier l'existence.

4. — De la tuberculose primitive des bourses.

(*Deuxième Congrès des chirurgiens français*, 1886; *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*; premier fascicule, 1887.)

« La tuberculose primitive des bourses n'a pas sa place dans nos traités classiques. Nous n'en avions même pas rencontré d'exemples dans les annales de la médecine lorsque, en 1882, nous avons observé et publié notre premier cas; nous en recueillions, l'année suivante, un second à l'hôpital Saint-Louis. Depuis, en 1865, M. Rochette a soutenu une thèse sur ce sujet; s'il a eu le tort de se croire le premier à aborder cette question, il a du moins le mérite de nous fournir notre fait nouveau. C'est avec ces matériaux peu abondants que nous allons décrire cette affection fort intéressante, puisqu'elle se complique parfois de la hernie du testicule, l'ancien fongus de Deville.

« Cette tuberculose primitive nous offre deux variétés : dans la première, les follicules déposés dans l'épaisseur du derme se ramollissent, la peau se détruit, les divers foyers se réunissent et une perte de substance irrégulière s'étale à la surface des tissus en un ulcère peu sécrétant et mal bourgeonnant. Dans la seconde, le fongus tuberculeux se dépose sous la peau; il s'agit d'une véritable fissure du tissu cellulaire sous-cutané. Cette fissure peut elle-même présenter deux formes suivant son étendue et la destruction plus ou moins grande des tuniques d'enveloppe : la collection ramollie s'ouvre à la peau par de simples orifices fistulisés ou bien elle ulcère largement les bourses et une perte de substance se forme, assez grande pour permettre l'issue du testicule. » Et nous terminions notre mémoire par cette conclusion : « La hernie du testicule a pour origine, non, comme on l'a dit jusqu'à ce jour, une tuberculose de l'épididyme, mais la fonte d'un ou plusieurs foyers caséeux, déposés primitivement dans les bourses. »

5. — De la syphilis du testicule.

(Grand in-18, avec 6 planches dont quatre en couleur; Masson, 1882.)

Cette monographie, couronnée par l'Institut, comprend sept chapitres. Dans le premier, — historique et discussion des doctrines, — nous montrons qu'après les travaux de Ricord, de Virchow et même après les remarquables leçons de Fournier sur le *sarcocèle syphilitique*, on ne connaissait pas les gommes suppurées du testicule. En France, la première observation est due à Terrillon et date de 1878. Mais ce fait n'avait pas été relevé lorsque nous avons établi qu'il existe deux formes de syphilis : la sclérose et la gomme, qui d'ailleurs coexistent fréquemment.

Dans le deuxième chapitre, — anatomie pathologique, — on trouve d'abord l'examen à l'œil nu fait d'après la dissection de 23 pièces; la séreuse est le plus souvent altérée, et l'on trouve toutes les formes de la vaginalite chronique : vaginalite séreuse ou hydrocèle simple, vaginalite chronique plastique avec cloisonnement ou adhérence des deux feuillets; pachivaginalite ou véritable hématocèle d'origine spécifique. L'épididyme est rarement atteint; cependant il peut y avoir des dépôts gommeux, épididymite de Dron, à la période secondaire, gomme ordinaire au cours de la période tertiaire. Les lésions les plus marquées frappent le testicule proprement dit : Évolution de la sclérose, de la gomme, ou fonte purulente. L'examen au microscope est fait par M. Malassez, qui a publié sous son nom et sous le nôtre un article fort remarqué dans les *Archives de physiologie*. Mais nous devons répéter ici ce que nous dirons dans notre monographie : « Ce chapitre appartient tout entier à M. Malassez; il en est seul responsable, mais seul aussi il doit en recueillir l'honneur. »

Le troisième chapitre traite de l'étiologie; le quatrième des symptômes, qui diffèrent selon qu'il s'agit d'un sarcocèle scléreux ou scléro-gommeux non suppuré, ou d'un sarcocèle gommeux suppuré. Nous décrivons sous le nom d'*orchite syphilitique aiguë* une variété aperçue par Ricord, mais qui n'avait pas encore été l'objet d'une étude spéciale; à nos observations personnelles nous ajoutons un cas trouvé dans Ricord, un fait de

Letenneur (de Nantes), deux de Duplay, un de Reliquet. — La *gomme suppurée*, forme au demeurant relativement fréquente, attendait encore une description d'ensemble, son ramollissement et sa suppuration étant niés ; un point intéressant pour le diagnostic est que l'ulcération scrotale, la fistule ou le fongus qui lui succèdent siègent, dans l'immense majorité des cas, en avant et non en arrière et en bas comme dans les fontes tuberculeuses. Enfin le *fongus syphilitique* est étudié comme l'a été le fongus tuberculeux. « Une gomme de l'albuginée ou du parenchyme glandulaire a, dans ses poussées successives, provoqué des adhérences entre le testicule et ses enveloppes ; celles-ci s'enflamment et s'ulcèrent ; deux cas peuvent alors se présenter : ou bien tout ou partie de la glande entourée de son albuginée s'échappe par cet orifice ; le testicule hernié bourgeonne et nous avons une première variété, le *fongus superficiel* ; ou bien la glande reste dans les bourses ; mais l'albuginée et les téguments s'ulcèrent pour l'évacuation d'un dépôt caséeux ramolli ; des travées fibreuses du testicule ou de la membrane d'enkystement de la gomme s'élève une végétation exubérante qui remplit d'abord la petite caverne, puis franchit en s'étranglant l'orifice cutané pour s'étaler sous le scrotum en masse champignonneuse, et constitue ainsi notre seconde variété, le *fongus profond*. »

Le cinquième chapitre comprend le diagnostic de l'épididymite de Dron, de l'orchite syphilitique aiguë, de la sclérose et de la scléro-gomme non suppurée ou suppurée, puis celui des diverses variétés des fongus syphilitiques trop souvent confondus avec le fongus tuberculeux. Le sixième chapitre — pronostic — montre l'avenir de la glande atteinte de ces diverses variétés de syphilis et montre pourquoi l'iodure de potassium, sans arriver à la *restitutio in integrum* de l'épithélium glandulaire détruit, peut cependant rétablir la spermatogenèse dans une glande autrefois infertile. « Une portion du parenchyme reste inaltérée et peut être encore le théâtre d'une genèse plus ou moins active. Mais les voies d'excrétion sont oblitérées par du tissu conjonctif nouveau ou par quelque dépôt gommeux. A l'entrée de l'épididyme, sur un point du canal on trouve un obstacle que l'animalcule ne franchit pas. Il y a encore infécondité, mais celle-ci peut n'être que passagère. En effet, les animalcules formés dans les portions inaltérées de la glande ont pu

reprendre leur exode; sous l'influence du traitement, les tissus nouveaux, les dépôts gommeux qui constituent la digue infranchissable, se sont résorbés; la voie est redevenue libre et les spermatozoïdes, mêlés aux autres éléments, gagnent les vésicules séminales et fournissent, à chaque éjaculation, un liquide désormais fécondant. »

Le septième et dernier chapitre a trait à la thérapeutique générale et locale des diverses variétés de sarcocèles, de fongus et de fistules qu'il engendre et se termine par un recueil d'observations où sont rapportés des cas d'orchite syphilitique à début franchement inflammatoire, de gommes suppurées de l'albuginée et du testicule, enfin de fongus syphilitique.

6. — Syphilis du testicule.

(*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, IIIe s., t. XVI.)

Cet article reproduit en partie la précédente monographie, en appuyant nos conclusions premières sur des observations et des lectures nouvelles.

7. — Sarcocèle syphilitique.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 528, 1884.)

« Depuis la publication de notre mémoire, des travaux importants ont paru sur la syphilis du testicule : une étude originale de notre collègue, le docteur Tédenat, la thèse d'agrégation de M. Rohmer et l'article de MM. Walther et Gosselin dans le *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Nous allons rechercher où ces auteurs laissent la question, les points définitivement acquis et ceux qui paraissent obscurs encore. Nous relèverons, entre temps, des critiques qu'on nous adresse, celles qui ne nous semblent pas justifiées. »

8. — Traitement du varicocèle.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 412, 1894.)

Je termine cette conférence par les conclusions suivantes, appuyées maintenant sur 42 interventions personnelles : « 1° Si le porteur du varicocèle n'éprouve ni gêne, ni douleur, une opération n'est pas légitime; 2° s'il existe de la souffrance ou si l'ectasie veineuse devient pour le malade une cause d'hypochondrie, la résection du scrotum est la méthode du choix; 3° on ne touchera au paquet variqueux, par simple ou double ligature, avec ou sans extirpation, que dans les cas exceptionnels — et que nous n'avons jamais observés — où les vaisseaux auraient subi des altérations telles que leur ablation serait devenue nécessaire. »

9. — Traitement de l'hydrocèle vaginale.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 424, 1894.)

« Dans l'immense majorité des cas je pratique donc la cure radicale, parce qu'elle permet de voir ce que l'on fait; on a la glande sous les yeux et le diagnostic de la lésion en devient plus précis. Et puis cette opération, désormais absolument innocente, guérit plus vite et met mieux à l'abri des récidives que l'ancienne injection iodée. »

10. — De la spermatorrhée.

(*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 501, 1888.)

Dans ce travail citons quelques observations « qui prouvent l'existence de la spermatorrhée active, de la spermatorrhée avec érection. Quant à la spermatorrhée passive, atonique, sans éjaculation, je n'en connais pas d'exemples, et les faits que j'en ai lus n'ont point entraîné ma conviction; je suis comme Verneuil, Guyon, Malécot, je n'y crois pas.... L'an-

cienne spermatorrhée de Trousseau et Lallemand est une quelconque des maladies du cerveau ou de la moelle dont l'École de la Salpêtrière a su démêler le confus écheveau. »

11. — Tératome du scrotum.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 439, 1894.)

« Trois particularités faisaient de l'observation qui sert de texte à cette conférence, un cas à peu près unique : d'abord l'indépendance absolue de la tumeur et du testicule ; nous avons pu enlever le kyste sans même ouvrir la tunique vaginale, et nous ne croyons pas qu'il existe d'autres exemples où l'absence de connexion fût aussi nette ; le deuxième point est l'extrême simplicité de structure de notre tératome, kyste dermoïde ne contenant que du poil, des débris épidermiques et de la matière sébacée ; enfin, le troisième caractère est la présence de milliers et de milliers de corps punctiformes juxtaposés et semblables à des œufs de vers à soie ou de poisson. »

12. — Kyste dermoïde du raphé périnéal.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 450, 1894.)

Observation absolument rare, et dont Darier seul aurait reconnu et décrit un fait antérieur. Depuis on en a dépisté quelques cas. Ces kystes dermoïdes, d'aspect canaliculaire, se développent au niveau du raphé qui s'étend de l'anus au prépuce, et sont dus à l'enclavement de la peau au moment de la formation de la gouttière uréthrale. M. Retterer s'est appuyé sur ce cas pour démontrer la réalité de ses idées sur le développement du pénis et du clitoris chez le fœtus humain.

13. — **Kystes de l'épididyme.** (*Bulletins de la Société anatomique*, avril 1875.) **Corps étrangers organiques de la tunique vaginale.** (*Bulletins de la Société anatomique*, même mois et même année.) **Orchites chroniques et atrophie du testicule.** (*Bulletins de la Société anatomique*, mai 1875.) **Hématocèle pariétale par épanchement.** (*Semaine médicale*, janvier 1892.)

14. — Les articles **Hématocèle vaginale, Hydrocèle vaginale, Kystes de l'épididyme, Varicocèle,** ce dernier en collaboration avec M. le professeur Forgue, de Montpellier, parus dans le Dictionnaire de Dechambre, de nombreuses publications sur les **Vaginalites plastiques et la spermatogénèse,** sur le **Fongus syphilitique,** le **Fongus tuberculeux,** le **Fongus traumatique,** les **formes rares de l'Épididymite syphilitique,** nous préparaient à un travail d'ensemble sur les affections des organes génitaux de l'homme, que nous avons publié dans le huitième volume de notre *Traité de chirurgie.*

15. — **Affections des organes génitaux de l'homme**

Scrotum, Glande spermatique, Cordon, Vésicules séminales et Pénis. *Traité de chirurgie*, publié sous la direction de Simon Duplay et Paul Reclus. Huitième volume, p. 1 à 275.

16. — **Sur une observation de gravelle urique.**

(*Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, novembre 1877, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 445, 1884.)

Ce mémoire, d'ordre exclusivement médical, tend à démontrer, ce qui n'était point dit encore, que la colique néphrétique est vraiment une colique; les douleurs s'expliquent, non, comme l'affirment les classiques, par les lésions de la muqueuse de l'uretère que contusionnent ou que déchirent « les calculs rugueux, muriformes, anguleux et garnis de pointes acérées », mais par la contracture énergique des fibres musculaires lisses; comment expliquer autrement les souffrances qui accompagnent si souvent l'expulsion de petits caillots sanguins ou de graviers « lisses, comme vernissés et d'un diamètre qui ne dépasse pas celui de

l'uretère? » Il en est donc de la colique néphrétique comme de la colique intestinale, de la colique hépatique, de la colique utérine; les unes et les autres seraient dues à la contraction exagérée de la tunique musculaire des organes qui en sont le siège.

17. — Du traitement des prostatites aiguës par les lavements d'eau très chaude.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1er janvier 1886.)

Ce mémoire, appuyé sur plusieurs observations personnelles, montre de quelles ressources sont les lavements d'eau à la température de 55 degrés centigrades dans le traitement de la prostatite aiguë. Depuis, cette méthode a été acceptée par la plupart de nos collègues et deux thèses ont paru sur ce sujet.

VII. — AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITAUX DE LA FEMME

1. — De la pelvi-péritonite chez la femme.

(5e *Congrès français de Chirurgie*, avril 1891; *Mercredi médical*, 8 avril 1891, et *Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 463, 1894.)

« Certains auteurs ont mis en doute l'existence de la pelvi-péritonite; à l'avant-dernier Congrès des Chirurgiens français, on a constaté la valeur démonstrative des faits qui, d'après moi, réhabilitent cette affection, presque aussi vieille que la nosographie utérine. Les hasards de la clinique m'ont justement fourni un cas où se trouvent accumulées les preuves qui, d'après nos contradicteurs, sont seules capables d'entraîner la conviction. Aussi je m'empresse de publier cette observation et de revenir, à son propos, sur les arguments développés dans mon premier travail.

« Pozzi raye la pelvi-péritonite de sa nosographie; il la range dans les péri-métro-salpingites », sous le nom d' « abcès pelviens »; encore se demande-t-il si, en fin de compte, ces collections purulentes, de forme et d'évolution particulières, dont il ne peut nier l'existence, ne sont pas des pyosalpinx volumineux, « des kystes purulents tubaires qui, d'abord libres, ont été soudés par un travail ultérieur » aux parois du petit bassin. En effet, « par une décortication hardie de cette poche, on se trouve en présence, quand ce travail souvent très laborieux est terminé, d'un kyste muni d'un pédicule interne, inséré sur la corne de l'utérus, et l'on reconnaît qu'on avait véritablement affaire à la trompe dilatée ».

Je sais bien que l'auteur ne s'explique pas d'une manière péremptoire et n'affirme point qu'il n'y a pas de pelvi-péritonites; mais il penche vers cette interprétation, puisque, au cours de son article, il n'est plus question de l'inflammation de la séreuse : « La pelvi-péritonite des auteurs est, ou bien un phlegmon inclus dans le ligament large et, par conséquent, indépendant du péritoine, ou bien un abcès pelvien, qui n'est lui-même qu'un pyo-salpinx adhérent, une collection tubaire enkystée, dont « la fusion avec les parties voisines est telle qu'une ablation totale serait impossible ou trop dangereuse. » Au demeurant, l'abcès pelvien est un « pyosalpinx non énucléable » et ce mot « a donc une valeur chirurgicale plutôt qu'anatomique. » Nous tenons à multiplier les citations pour bien montrer, en nous servant des termes mêmes employés par l'auteur, l'opinion exacte de M. Pozzi. En opposition à cette doctrine, nous avons publié quatre observations qui nous paraissent démontrer l'existence de la pelvi-péritonite.

En présence d'une observation semblable, toutes les objections tombent et la démonstration est complète : l'examen direct nous a permis de constater l'existence, dans le péritoine, en avant et en arrière de l'utérus, de deux collections purulentes, séparées l'une de l'autre par les ligaments larges intacts; elles sont bien indépendantes des ovaires scléro-kystiques et des trompes saines que nous avons pu enlever et examiner à loisir. Nous avons fourni la preuve qu'on nous réclamait, et la pelvi-péritonite de Bernutz et Goupil doit rentrer dans la nosographie au même titre que les pyosalpingites et que les

phlegmons du ligament large. La dénomination d'abcès pelviens ou de péri-métro-salpingite nous semble trop compréhensive et a le tort de grouper, sous une même étiquette, des collections de siège, d'origine et même de thérapeutique trop différentes.

M. Pozzi nous reproche de lui faire une querelle de mots : « Le terme de péri-métro-salpingite a pour but, dans ma pensée, d'indiquer expressément que ces inflammations sont consécutives, sans exception, à des lésions de l'utérus et des annexes. Le terme de pelvi-péritonite, au contraire, que les travaux de Bernutz et Goupil avaient rendu classique en France, laisse ce point dans le doute et paraît indiquer qu'il s'agit d'une inflammation primitive du péritoine; c'est pourquoi je ne saurais comprendre la réhabilitation qu'en a tentée Paul Reclus. » Je ferai d'abord remarquer à mon distingué collègue que sa péri-métro-salpingite, dans les diverses formes qu'il en a données, ne correspond nullement à ce que, avec la tradition, j'appelle pelvi-péritonite : nulle part l'auteur ne nous décrit ces vastes collections purulentes, accumulées dans le péritoine du petit bassin, survenues le plus souvent à l'occasion d'une fausse couche ou d'un avortement, et dont j'ai cependant vu un cas très net à la suite d'une gonorrhée. J'ai lu et relu les deux éditions de son traité, et nulle part je n'ai trouvé un semblable tableau clinique. Au contraire, nous avons constaté à plusieurs reprises qu'il semble nier leur existence et que pour lui le pus s'est accumulé, non dans la séreuse, mais dans la trompe distendue. Nos observations nous paraissent avoir démontré le mal fondé de cette croyance.

Passons maintenant au mot lui-même. Pourquoi donc rayer le terme de pelvi-péritonite? Il ne nous apprend rien, c'est vrai, sur le lieu d'origine, sur le point de départ de l'inflammation de la séreuse; mais les noms de maladie ne peuvent que rarement indiquer leur étiologie : M. Pozzi va-t-il débaptiser la pleurésie? Va-t-il appeler la péritonite généralisée une péri-hépatite, une péri-gastrite, une péri-splénite, une péri-duodénite, une péri-colite ou une péri-rectite, parce que les lésions du foie, de l'estomac, de la rate ou des intestins sont pour ainsi dire à la base de l'inflammation de la séreuse enflammée à la suite d'une

quelconque des diverses lésions de ces viscères? La nosologie, de par cette réforme, se trouverait bouleversée de fond en comble. Et je m'imagine que nous nommerons longtemps encore l'hydrocèle et l'hématocèle une vaginalite et non une péri-épidydimite comme le réclamerait cette nouvelle nomenclature. D'ailleurs, comme nous le disions tout à l'heure, qu'on crée, si on le veut, une grande classe de périmétro-salpingites, mais que du moins une variété porte le vieux vocable de pelvi-péritonite, et que l'auteur nous donne la description de cette variété, qui, en définitive, fait défaut dans son livre!

2. — De l'hystérectomie totale ou partielle dans lee cancers limitée au col de la matrice.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 2 novembre 1888.)

J'essaye de démontrer, dans ce travail, que si l'hystérectomie partielle est moins grave et amène une léthalité moindre que l'hystérectomie totale, la simple ablation conoïde du col doit être préférée à l'extirpation complète de l'utérus, car la propagation cancéreuse se fait beaucoup moins vers le corps de l'organe que vers les lymphatiques et les ganglions que l'hystérectomie n'atteint pas.

3. — Traitement des suppurations pelviennae par l'hystérectomie vaginale préliminaire.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 25 mars 1891.)

Ce premier mémoire, au moment où l'hystérectomie vaginale pour suppuration pelvienne n'était encore défendue à la Société de chirurgie que par M. Segond, se termine par les trois conclusions suivantes : « 1° dans les pelvi-péritonites anciennes, et pour les ovaires scléreux, adhérents à l'utérus, perdus dans une gangue épaisse de néo-membranes, nous n'avons qu'une opération : l'hystérectomie vaginale; 2° dans les doubles ovaro-salpingites volumineuses, nous préférons — comme plus facile et

plus sûre — l'hystérectomie à la laparotomie, qui cependant a donné d'excellents résultats; 3° enfin, dans les lésions récentes, lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leurs fonctions, on aura recours, si du moins une intervention chirurgicale est jugée nécessaire, à la laparotomie, qui seule permet d'établir, sur un diagnostic indiscutable, les indications précises de l'extirpation. »

4. — Hystérectomie vaginale et laparotomie.

(*Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 24 octobre 1891.)

Ce travail, où j'ajoute de nouvelles observations d'hystérectomie vaginale, a pour but de défendre les conclusions de mon précédent mémoire, vivement critiqué dans un article paru dans la *Revue de chirurgie* du mois d'avril 1891.

5. — Suppurations pelviennes et laparotomie (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 496). Hystérectomie vaginale et suppurations pelviennes (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 507, 1894).

« Ce qui, l'année dernière encore, me faisait admettre la supériorité de l'hystérectomie, c'étaient les manœuvres vraiment aveugles auxquelles, dans la laparotomie, on se livrait pour extirper les poches purulentes. La décortication amenait souvent la rupture de parois friables : le pus pouvait inoculer la séreuse et les anses intestinales qui font irruption dans le foyer opératoire. Cet accident était des plus fréquents, et si les péritonites mortelles n'étaient pas plus nombreuses, je crois qu'il faut en rendre moins grâce aux lavages à l'eau bouillie qu'à la stérilité si souvent constatée du contenu de tant de salpingite. Or, dans l'hystérectomie, le pus des foyers ouverts descend naturellement dans le vagin et s'écoule au dehors. N'est-ce pas un avantage marqué? J'avoue qu'il pesait d'un grand poids sur ma détermination, et j'optais pour l'hystérectomie dans les suppurations pelviennes bilatérales, pour peu qu'elles fussent vieilles et volumineuses. »

Il est certain que les extirpations aveugles, quelle que soit l'habileté d'un doigt dès longtemps exercé, n'étaient pas sans danger. J'en trouve la preuve dans le mémoire de M. Terrier : ne dit-il pas que si, à partir de 1891, la mortalité s'est abaissée dans ses mains de plus de 17 à moins de 6 pour 100, c'est que, « depuis cette époque, il a systématiquement cherché à opérer sous le contrôle de la vue, au lieu de se borner à arracher, en quelque sorte à l'aveuglette, les annexes du bassin. C'est, en effet, en décembre 1890, qu'il a commencé à employer la position élevée du bassin.... Cette position, jointe à l'emploi de compresses recouvrant l'intestin, et de rétracteurs des bords de la plaie médiane, permet de bien voir jusqu'au fond du bassin. » Mon initiation a été plus tardive, mais les avantages de cette pratique m'ont semblé tels, que mon plus sérieux argument en faveur de l'hystérectomie vaginale s'en est trouvé singulièrement affaibli.

L'extirpation des annexes par la voie abdominale est donc devenue à la fois moins dangereuse, plus facile et complète. On a toujours reproché à l'hystérectomie vaginale d'être aveugle dans ses recherches et de laisser trop souvent dans le ventre tout ou partie des annexes, débris infectés qui peuvent être le point de départ d'une nouvelle pelvi-péritonite. On répondait, il est vrai, qu'après l'ablation de la matrice et la ligature des vaisseaux et des nerfs utéro-ovariens, ou du moins son équivalent, leur pincement par les pinces à pédicule, les annexes abandonnées ne tardaient pas à s'atrophier, mais, si cette assertion est exacte pour la plupart des cas, il ressort des faits publiés dans les recueils scientifiques, que ces réveils de l'inflammation, pour être assez rares, ont été cependant notés; il en existe des observations indiscutables et nous en avons recueilli nous-même une fort nette.

La voie abdominale assure donc une extirpation plus facile et plus complète des annexes enflammées, et, comme aussi les dangers de la laparotomie sont moindres depuis qu'on a imaginé la position élevée du bassin, nous avons modifié les conclusions de nos cliniques antérieures : tout en considérant l'hystérectomie vaginale comme une des ressources les plus précieuses de la gynécologie, nous la pratiquons plus rarement, et ses indications nous semblent moins nombreuses. Nous ne saurions, d'ail-

leurs, être plus entêté que nos adversaires. Rappelez-vous les affirmations intransigeantes de Pozzi : la laparotomie suffisait à tout et l'hystérectomie devait être prohibée; maintenant, il « lui fait une part ». Et celle-ci même est assez grande pour que, somme toute, je puisse souscrire à peu près sans réserves aux conclusions dernières de notre ancien contradicteur, celles qu'il nous donne dans la discussion du Congrès de chirurgie.

Comme nous, M. Pozzi admet la nécessité ou la supériorité de l'hystérectomie vaginale préliminaire dans les cas de « suppurations diffuses et anciennes englobant tous les tissus autour des annexes, et ayant donné lieu à des désordres tels, que l'ablation d'une poche limitée paraît tout à fait impraticable », lésions multiples que, nous, nous désignons d'un seul mot et nommons avec les vieux gynécologues : pachy-pelvi-péritonites. Il admet encore cette nécessité ou cette supériorité dans les « lésions non suppurées, mais très adhérentes et très anciennes, formant une masse où l'utérus et les annexes confondus sont soudés au petit bassin. Ici, l'ancienneté des lésions est une considération capitale ainsi que les poussées successives de pelvi-péritonites ». Il l'admet aussi dans les « fistules intarissables de la paroi abdominale ou du vagin succédant à la laparotomie avec ou sans drainage, et n'ayant cédé ni au curettage, ni à la dilatation, ni à la recherche d'un fil infecté resté dans la profondeur des tissus ». Il l'admet enfin lorsqu'il y a « persistance de tumeurs annexielles douloureuses à la suite d'une laparotomie qui a été impuissante à les extirper; c'est ce qu'on peut appeler l'hystérectomie secondaire ou complémentaire ».

Voilà le pas immense que trois ans de discussion ont fait faire aux adversaires de l'hystérectomie vaginale : les cas où ils considèrent maintenant « la voie inférieure comme une ressource précieuse », nous les visions, pour la plupart, dans notre premier mémoire, et vous vous rappelez qu'ils sont inscrits dans la première conclusion de notre première clinique sur ce sujet. Les combattants du début sont heureux de ce succès qu'ils ont obtenu de haute lutte; mais, sur certains points, les vainqueurs auraient à céder un peu du terrain qu'ils prétendaient occuper, et, comme réciproque, je me hâte de dire les concessions que pour ma part je fais aux partisans de la laparotomie. On peut les prévoir d'après

ma précédente conférence, sur 19 cas de suppurations pelviennes bilatérales traitées par l'incision de la paroi abdominale : j'emploie aujourd'hui la laparotomie dans toute une classe de lésions où je pratiquais autrefois l'hystérectomie vaginale.

Je disais, en effet, dans la deuxième conclusion de ma première clinique : « Pour les doubles ovaro-salpingites volumineuses, nous préférons, comme plus facile et plus sûre, l'hystérectomie à la laparotomie, qui cependant a donné d'excellents résultats ». A l'heure présente, dans ces mêmes cas, la voie vaginale ne me paraît point « plus facile et plus sûre ». Depuis que la position élevée du bassin permet de voir ce que l'on fait dans le ventre, d'y décortiquer les poches purulentes, de les séparer de leurs adhérences et même de les crever sans inoculer le péritoine, je trouve la voie abdominale plus facile et je la trouve aussi plus sûre : si le drainage déclive de l'hystérectomie me semble préférable au drainage remontant des lanières de gaze antiseptique qui sortent par l'angle inférieur de l'incision du ventre, l'extirpation des poches et des néo-membranes infectées, la toilette du foyer ovaro-salpingien, sont bien autrement complètes dans la laparotomie que dans l'hystérectomie vaginale.

Or, comme les deux arguments sur lesquels on a beaucoup discuté : la nécessité d'enlever l'utérus inutile quand l'endométrite dont il est atteint ne guérit pas, puis l'absence de cicatrice déparant le ventre après les incisions abdominales, ne me touchent pas ou ne me touchent guère, j'ai maintenant recours à la laparotomie dans tous ces cas de doubles salpingites volumineuses. J'y ai recours aussi, comme autrefois « dans les lésions récentes », lorsqu'il n'est pas démontré que les annexes des deux côtés ont perdu leur fonction ; j'y ai recours, enfin, lorsqu'il s'agit de poches purulentes haut situées, selon les indications qu'acceptent, à cette heure, tous les hystérectomistes, ainsi qu'en témoigne la thèse de Lafourcade. Et comme ces catégories comprennent le plus gros lot des inflammations des trompes et des ovaires, il en résulte que je pratique la laparotomie plus que l'hystérectomie. Ma statistique de cette année le prouve : sur 23 ovaro-salpingites suppurées, toutes bilatérales et presque toutes anciennes, graves et volumineuses, j'ai suivi 19 fois la voie abdominale, et la voie vaginale 4 fois seulement.

Il est vrai que, dans une de ces 19 laparotomies, l'hystérectomie eût été préférable, puisqu'il m'a été impossible de décortiquer les annexes d'un côté, malgré la position élevée du bassin, malgré l'habitude de la laparotomie que j'ai nécessairement « très en main », car c'est une des opérations que les circonstances me font pratiquer le plus. Mais si nous mettions cinq au lieu de quatre à l'actif des hystérectomies vaginales, il n'en resterait pas moins 18 laparotomies, et vous voyez combien ma pratique s'est modifiée : l'année dernière, dans mon service de Broussais, j'avais eu recours, sur un nombre absolument égal de suppurations pelviennes, 12 fois à l'hystérectomie et 11 seulement à la laparotomie. Une simple modification de technique, la position déclive, a été la cause presque unique de ce changement de front.

Et voici ma conclusion actuelle : je réserve l'hystérectomie vaginale pour les cas invétérés, les pachy-pelvi-péritonites les plus graves. Il ne saurait donc plus être question de statistiques et de relevés comparatifs. Certainement, à l'avenir, l'hystérectomie prise en bloc me donnera une léthalité plus considérable que la laparotomie, puisque la voie vaginale hérite des plus mauvais cas, ceux où l'extirpation serait trop laborieuse par la voie abdominale, et ne pourrait peut-être se terminer. Il n'y a plus de comparaison et de parallèle possibles : les formules intransigeantes sont tombées; aucune des deux méthodes n'a dépossédé l'autre, et chacune a son domaine dont on précise de mieux en mieux les limites.

5. — Traitement des fibro-myomes utérins.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 519, 1894.)

Voici mes conclusions : lorsque les tumeurs, stationnaires, ne traduisent leur existence par aucun symptôme pénible, le mieux est de s'abstenir de toute intervention; lorsque des douleurs, des métrorrhagies, des pertes blanches surviennent, on doit tenter un traitement médical dont le repos, l'hamamelis virginica, l'ergotine, les lavements à 55 degrés centigrades, le curettage, forment le fond; si cette thérapeutique reste impuissante, si la tumeur tend à s'accroître, si ces symptômes deviennent

inquiétants et si, d'ailleurs, la malade, affaiblie, ne peut supporter une intervention plus sérieuse, la castration tubo-ovarienne sera parfois une utile ressource; mais d'ordinaire on préférera les opérations radicales, l'hystérectomie abdominale lorsque la tumeur atteindra ou dépassera l'ombilic, l'hystérectomie vaginale lorsque la matrice ne s'élèvera que de quelques travers de doigt au-dessus du pubis.

VIII. — AFFECTIONS DES MAMELLES

1. — Maladie kystique de la mamelle.

(*Revue de Chirurgie*, t. III, p. 761, octobre 1883, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 545, 1884.)

« Rien n'est plus commun que les kystes de la mamelle; il est peu de tumeurs bénignes ou malignes qui ne leur donnent naissance et des fibromes ou carcinomes, tous les tissus pathologiques du sein peuvent se creuser de cavités dont la forme, le volume et la nature varient à l'infini. Ces néoplasies sont connues : parmi elles cependant il est une affection fréquente, si nous en croyons notre courte expérience, qui n'aurait pas encore été l'objet d'une description spéciale. Nous proposerions de l'appeler la *maladie kystique* des mamelles.

« Elle présente deux caractères bien nets : d'abord les kystes, en nombre considérable, occupent la glande tout entière. Or, d'habitude il n'en est pas ainsi, et les cavités se développent au milieu d'une tumeur, sarcome, épithélioma, carcinome, qui, quel qu'en soit le volume, n'atteint guère qu'une partie de la mamelle saine ou des autres points. Ici, la glande est partout envahie, et de la périphérie au centre on trouve des kystes épars dans tous les lobes. Le second caractère n'est pas moins singulier: dans cette affection particulière les kystes sont bilatéraux. On sait combien sont exceptionnelles les néoplasies qui siègent à la fois dans les deux

glandes. Ici les deux mamelles sont atteintes, et, simultanément ou consécutivement, des cavités apparaissent et se développent dans les deux seins.... »

Un premier point fort remarquable est l'absence de tumeurs au sens propre du mot : l'existence d'un kyste volumineux avait fait penser à des cliniciens tels que Broca, Verneuil et Terrier, qu'un néoplasme s'était développé dans les mamelles, mais la dissection nous prouve qu'il s'agit de cavités éparses dans le parenchyme et entourées de tissu d'une résistance, d'une coloration et d'une structure normales. Nous avons donc affaire non à une tumeur limitée, mais à une glande saine en apparence et dont les acini et les conduits sont dilatés par une formation kystique. L'examen microscopique, pratiqué par M. Malassez et par M. Brissaud, l'altération de l'épithélium intra-glandulaire, permettent de classer l'affection dont il s'agit dans la catégorie des épithéliomas kystiques. Aussi l'intervention du chirurgien nous paraît de rigueur et l'extirpation doit être totale. »

2. — Maladie kystique de la mamelle.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, février 1888.)

Une très importante discussion s'élève à propos d'un malade présenté par nous et atteint de maladie kystique de la mamelle. L'accord ne put se faire sur la nature des kystes et leur origine, mais le syndrome clinique est accepté par tous les orateurs.

3. — Maladie kystique de la mamelle (*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 390). **Maladie kystique et maladie noueuse** (*ibidem*, p. 405, 1888.)

« Nous n'avons pas une tumeur kystique, mais des kystes semés dans la mamelle, envahie de la périphérie au centre; la lésion atteint les deux glandes et les kystes sont bilatéraux; souvent ils passent inaperçus dans une des deux mamelles, mais une palpation attentive me les a toujours fait découvrir dans mes onze observations personnelles. La dureté, la résis-

tance ligneuse que présentent ces kystes, même lorsqu'ils atteignent le volume d'une noix ou d'un œuf, est vraiment déconcertante et l'absence absolue de fluctuation ferait croire à une tumeur solide ; la ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz vous démontrera l'existence du liquide. Ce procédé est élémentaire ; on n'y a cependant presque jamais recours, tant le chirurgien se croit certain d'être en présence d'une néoplasie massive. Pour ma part, je dirai : Ne faites pas un diagnostic de tumeur mammaire sans le contrôler par la ponction.

« Le microscope permet de suivre le développement du travail pathologique. Dans les culs-de-sac glandulaires, presque intacts, l'épithélium a perdu tout au plus sa forme cubique et a subi une dégénérescence granulo-graisseuse ; dans les acini voisins et déjà plus malades, des cellules cubiques tapissent encore la paroi du petit kyste, mais la cavité distendue est remplie par des cellules épithéliales anguleuses, irrégulières, polyédriques et dites par Malassez cellules métatypiques. Les éléments polymorphes s'accumulent, leur masse est délayée par un liquide que la paroi sécrète sans doute, et c'est ainsi que, par accroissement progressif, se forment des cavités volumineuses qui atteignent les dimensions d'une noix, d'un œuf ou même, comme dans un cas de Maunoury, d'une tête d'enfant. Ces masses épithéliales renfermées dans des acini ont-elles pu franchir la paroi du cul-de-sac et se diffuser au milieu du tissu conjonctif? Malassez ne l'a jamais observé. Brissaud est moins affirmatif. En certains endroits il a trouvé des lésions très avancées, des cellules atypiques distendant les cavités glandulaires, et l'étape était très courte qu'elles avaient à parcourir pour désagréger la paroi et devenir un de ces épithéliomas de nature franchement maligne bien connus depuis les travaux de Waldeyer et Malassez.

« Par bonheur la clinique ne semble pas confirmer cette opinion peu rassurante ; aucune de nos opérées n'a récidivé ; aussi ma doctrine thérapeutique est encore assez flottante, et si, en principe, je suis pour l'ablation des glandes malades, je n'ose insister avec vigueur, et lorsque la femme est jeune encore, je conseille l'abstention jusqu'à l'âge de la ménopause ; mais à partir de cet âge, j'interviens.

4. — Maladie kystique de la mamelle.

(Cliniques chirurgicales de la Pitié, p. 165, 1894.)

« J'ai décrit, en 1883, sous le nom de maladie kystique de la mamelle, une affection que M. Verneuil, toujours ingénieux à trouver un joint pour mettre en relief ses élèves, appelle « la maladie de Reclus ». Le type clinique en est, à cette heure, généralement accepté, mais l'anatomie pathologique est loin d'en être fixée. Les analyses microscopiques pratiquées sur nos premières pièces par M. Brissaud et par M. Malassez ont été contestées, et MM. Quénu, Toupet, Pierre Delbet ont émis, là-dessus, des opinions contradictoires. Je n'ai pas qualité pour juger le débat, mais je puis exposer les documents du litige et profiter de cette occasion pour vous donner un aperçu général de cette maladie dont, en moins d'un mois, quatre cas viennent de passer sous nos yeux.

« Quelle est l'origine de ces kystes? Ici commence le grand débat, et nous nous trouvons en présence de quatre hypothèses : celle que j'ai exposée dans mon premier mémoire, d'après MM. Brissaud et Malassez : notre maladie serait, en définitive, un épithélioma kystique intra-acineux ; celle de MM. Quénu et Pierre Delbet, qui la regardent comme une variété de mastite chronique, une sorte de cirrhose épithéliale ; celle de M. Bard : pour lui, « il existe une maladie kystique essentielle qu'on retrouve dans tous les organes glandulaires aussi bien que dans la mamelle : elle est caractérisée par la dilatation simple des acini ou des canaux excréteurs se produisant sous la simple influence de la pression normale des liquides qu'ils contiennent. Elle constitue ainsi un véritable angiome glandulaire. Cette dilatation, pour se produire, demande une prédisposition morbide spéciale de la paroi des tubes glandulaires. Cette prédisposition, d'origine congénitale, consiste sans doute dans un défaut de résistance de paroi qui est elle-même sous la dépendance d'un défaut de qualité de la substance fondamentale qui la constitue ». Enfin la quatrième opinion est celle de MM. Toupet et Rochard, pour qui la maladie kystique traduirait

tantôt une dégénérescence épithéliale véritable, tantôt un processus inflammatoire chronique.

M. Toupet, dans un intéressant mémoire publié en 1890 par la *Semaine médicale*, analyse trois pièces qui lui avaient été envoyées avec le diagnostic « maladie kystique ». Or, dans l'un des cas, il s'agissait d'une mammite chronique simple; dans le second, d'une mammite chronique avec lésion conjonctive intra et péricanaliculaire; enfin, dans le troisième, d'un véritable épithélioma cylindrique. « Il nous semble donc avéré, ajoute M. Toupet, que le type clinique de la maladie kystique des mamelles comprend des types histologiques différents. » D'après lui, ses deux premiers faits peuvent être rapprochés l'un de l'autre et correspondent à la description et aux dessins publiés par M. Brissaud. Seulement, au lieu de les qualifier d'épithélioma kystique intra-acineux, comme ce dernier, il les appelle mammite chronique « parce qu'il s'agit là d'un processus inflammatoire simple plutôt que d'un processus néoplasique », — opinion que nous retrouverons défendue par MM. Quénu et Pierre Delbet. Le troisième fait diffère, et cet épithélioma cylindrique, s'il correspond à un cas de maladie kystique de la mamelle, compromettrait l'entité morbide que nous pensons avoir isolée. Mais les erreurs de diagnostic entre les diverses affections kystiques du sein sont possibles et même faciles, et ici nous laissons la parole à M. Pierre Delbet : « Dans les cas où l'on a constaté, soit cliniquement par les récidives ou l'infection ganglionnaire, soit anatomiquement par l'examen histologique, qu'il s'agissait d'épithélioma, la maladie de Reclus n'était pas au complet, le processus n'était pas bilatéral, ou la glande n'était pas envahie dans sa totalité, ou il existait un écoulement de sang par le mamelon ».

Sans l'avoir contrôlée d'une façon suffisante, nous accepterions volontiers cette opinion et notre syndrome au complet, notre maladie kystique se rapporterait à une lésion unique; mais cette lésion serait susceptible de recevoir deux interprétations différentes, puisque, en se basant sur des préparations presque semblables, MM. Pierre Delbet et Quénu considèrent la tumeur comme une variété de mastite chronique, tandis que MM. Brissaud et Malassez la dénommeraient volontiers épithélioma kystique intra-acineux. Or, il n'y a pas de doute, les descriptions des uns et des autres

se rapportent à des lésions identiques. Lorsqu'on suit, au microscope, le développement du travail pathologique des régions à peu près saines aux lobules les plus malades, on voit que dans les culs-de-sac glandulaires presque intacts, l'épithélium a tout au plus perdu sa forme cubique et a subi une dégénérescence granulo-graisseuse ; dans les acini voisins et déjà plus malades, les cellules cubiques tapissent encore la paroi du petit kyste, mais la cavité, distendue, est remplie par des cellules épithéliales anguleuses, irrégulières, polyédriques et dites, par M. Malassez, cellules métatypiques. Ces cellules polymorphes s'accumulent ; leur masse est délayée par un liquide que la paroi sécrète sans doute, et c'est ainsi que, par un accroissement progressif, se forment ces cavités volumineuses qui atteignent le volume d'une noix ou même d'un œuf.

Outre les altérations épithéliales des acini que nous avons décrites d'après MM. Brissaud et Malassez, mais que les défenseurs du processus inflammatoire ont reconnues aussi dans les mamelles kystiques, on trouve — et M. Pierre Delbet y insiste spécialement — une prolifération du tissu conjonctif qui forme une série d'anneaux régulièrement concentriques et encercle chaque acinus ; le tissu est d'ailleurs adulte, mais très chargé de cellules embryonnaires, surtout dans la partie la plus rapprochée des éléments glandulaires. Tantôt, c'est la prolifération épithéliale intra-acineuse qui l'emporte et tantôt la prolifération conjonctive : les éléments épithéliaux sont donc étouffés ; au milieu des zones fibreuses concentriques, on ne trouve plus que quelques cellules épithéliales dégénérées, et même, en certains points, on n'en trouve plus du tout ; l'épithélium a disparu et l'acinus est remplacé par un noyau fibreux. Point capital, « sur la même pièce et quelquefois sur le même lobule, la lésion peut évoluer de deux façons différentes : tantôt l'activité épithéliale l'emporte et l'acinus se dilate de manière à former un kyste ; tantôt, au contraire, la prolifération conjonctive, plus active, étouffe l'élément glandulaire, et l'acinus se transforme en un petit noyau fibreux ».

Lesquels ont raison et qui faut-il croire ? Or, la question est d'un intérêt pressant, car elle dictera notre conduite au point de vue thérapeutique : s'il s'agit d'une inflammation chronique simple, le chirurgien

n'a qu'à s'abstenir, mais si la maladie kystique est un épithélioma, une intervention rapide est de rigueur. N'y aurait-il pas à craindre de voir la tumeur s'accroître, envahir la peau, les ganglions et finir par se généraliser? Ce n'est donc point un débat théorique et d'un intérêt purement scientifique ou lointain. Malheureusement il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique et, comme le dit M. Pierre Delbet, « on éprouve quelque embarras lorsqu'il s'agit de donner les raisons précises de son opinion ».

L'analogie qu'on a établie entre cette affection et les dégénérescences kystiques de l'épididyme, l'ovaire scléro-kystique, les œufs de Naboth du col de l'utérus, les dilatations des glandules salivaires et des canalicules du rein, nous paraissent d'autant plus acceptables que la clinique a, sous nos yeux du moins, toujours témoigné en faveur de la bénignité de la maladie kystique. Il existe bien, dans la science, trois ou quatre observations où la dégénérescence carcinomateuse aurait été notée et où l'on aurait vu survenir une récidive; mais, dans ces cas, le syndrome clinique que nous avons établi n'était pas au complet et il est probable qu'il s'agissait, en définitive, de quelque erreur de diagnostic.

J'ai vu, pour ma part, plus de 30 maladies kystiques : j'en ai opéré 26, dont 11 à l'hôpital, et de celles-là je ne parlerai pas, car la plupart ont échappé à mon observation ultérieure. Mais 15 de mes malades appartiennent à la clientèle civile. J'ai déjà cité 7 d'entre elles dans mes cliniques de 1887, et je n'y reviendrai pas ; je me contente de rappeler que, chez aucune d'elles, la récidive n'a été constatée. Or, ma première malade a été opérée au mois de juin 1878, et nous l'avons revue, il y a moins d'un mois, en bonne santé, malgré l'existence, chez elle, de gros fibromes utérins. Des 8 femmes que j'ai soignées de 1887 à 1892, 6 ont subi l'amputation des deux seins, deux à trois ans d'intervalle et 4 le même jour : 2 de mes malades, malgré la bilatéralité de la lésion, n'ont été opérées que de la mamelle distendue par des kystes plus volumineux ou plus douloureux. Eh bien! chez aucune des 6 premières malades, la récidive n'est survenue dans les cicatrices des seins enlevés, et chez les 2 opérées qui ont conservé une de leurs mamelles, cette glande n'a subi aucune dégénérescence épithéliale d'allure maligne.

De plus, dans trois cas que j'ai pu suivre et où j'ai déconseillé toute intervention chirurgicale, les mamelles atteintes ont bien changé d'aspect, certaines nodosités, à peine appréciables d'abord, ont grossi et se sont distendues, tandis que d'autres se sont affaissées, mais jamais je n'ai vu survenir les adhérences de la peau, les infiltrations voisines, les dégénérescences ganglionnaires, la cachexie, qui caractérisent les tumeurs malignes. Ces trois femmes sont jeunes, il est vrai, et l'une d'elles vient seulement de dépasser trente ans. Mais il n'en reste pas moins établi que sur 18 cas types de maladie kystique de la mamelle, je n'ai vu ni récidive chez les opérées, ni généralisation chez les non-opérées; c'est un argument très puissant que les partisans de l'origine inflammatoire, les fauteurs de la mammite chronique ont à leur actif, et je m'empresse, en toute justice, de leur fournir l'appoint de cette statistique.

Quelle influence cette conviction naissante va-t-elle avoir sur ma thérapeutique? Depuis longtemps déjà j'avais bien modifié la rigueur de mes premiers principes.

Je déclarais ma doctrine therapeutique comme encore flottante. Fallait-il enlever les mamelles kystiques ainsi que les anatomo-pathologistes nous y engagent, ou devait-on se fier entièrement à ces premiers enseignements de la clinique et s'abstenir d'opérer ? Mais la chance à courir n'est-elle pas trop grave? Le cancer est une affection trop redoutable pour qu'on s'expose à cette chance sans nécessité absolue et j'opinais, en principe, pour l'ablation des glandes. Pourtant, ajoutais-je, je n'ose insister avec la vigueur que nous déployons lorsqu'il s'agit de tumeurs malignes à brève échéance, et pour les femmes jeunes encore et dans le plein de la vie génitale, je les tiens en observation et je n'opère pas. Ainsi, depuis six ans, je surveille trois jeunes femmes dont j'ai parlé plus haut et pour lesquelles j'avais renvoyé toute idée d'opération jusqu'après l'époque de la ménopause. Et c'est cette doctrine bâtarde que j'exposai devant la Société de chirurgie lors de la discussion que j'y soulevai sur la maladie kystique de la mamelle.

Je suis sur le point de faire un pas nouveau dans la voie de l'abstention : je vous disais que, dans le courant de ce mois, j'avais observé quatre maladies kystiques de la mamelle. Pour trois d'entre elles le diagnostic

est absolument certain, le syndrome clinique se trouve au complet : la mamelle, dans toute son étendue, est farcie de kystes dont quelques-uns atteignent le volume d'une grosse noix ; la bilatéralité est évidente ; eh bien, quoique ces trois femmes aient quarante, quarante-six et cinquante-deux ans, j'ai conseillé l'abstention provisoire ; bien que l'intervention n'ait aucune gravité, cette mutilation n'est vraiment à proposer que si elle est indispensable, et à ce sujet mon ancienne conviction est plus qu'ébranlée. Je garde donc mes malades sous les yeux, prêt à intervenir si l'affection — ce que je n'ai jamais vu encore — prenait une allure suspecte.

En résumé, je crois avoir isolé le premier, sous le nom de maladie kystique de la mamelle, une affection caractérisée par l'existence d'une foule de cavités grandes ou petites. D'ordinaire, leur dureté est telle qu'on croirait à des tumeurs solides ; aussi est-ce seulement par la ponction exploratrice qu'on décèle la présence du liquide. Ces kystes sont semés dans toute la mamelle, et l'affection est presque toujours bilatérale. Dans les cas authentiques de cette maladie, — qui est fréquente, puisque à moi seul j'ai observé plus de trente faits de ce genre — on trouve des lésions, toujours les mêmes, mais dont l'interprétation diffère selon les observations : pour les uns il s'agit d'épithéliomes kystiques intra-acineux, les autres croient plutôt à une variété de mastite chronique. La clinique nous semble leur donner raison : aussi l'intervention chirurgicale, que nous préconisions dans notre premier mémoire, nous paraît-elle de plus en plus contestable.

5. — Mastite chronique et cancer du sein (*Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 417; 1888). **Mastite chronique et cancer du sein** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 179, 1894).

« Les mastites chroniques et les abcès froids qui les traduisent sont encore mal connus : nous ignorons leur étiologie, et c'est au cours de cette conférence que nous fournirons le premier cas, peut-être, où l'examen bactériologique du pus ait été pratiqué ; leur anatomie patho-

logique est obscure et leurs signes sont si peu nets que dans *toutes* les observations que j'ai recueillies, la tumeur a été confondue avec un cancer, et l'amputation de la mamelle proposée par des chirurgiens de haute valeur. Aussi, voudrais-je revenir sur cette question que j'ai traitée autrefois, et chercher avec vous si les faits nouveaux versent quelque lumière sur le sujet.

Dans toutes nos observations personnelles, dans l'immense majorité des cas trouvés au hasard de nos lectures, des abcès chroniques de la mamelle ont été pris pour des cancers du sein. Benjamin, Brodie, Astley Cooper, Dupuytren, Roux, Marjolin, Laugier, Velpeau, pour ne citer que les morts, ont amputé ou failli amputer des mamelles qu'ils croyaient squirrheuses, et dans l'épaisseur desquelles ils trouvèrent une collection purulente. La cause de cette erreur est facile à trouver. Les abcès chroniques sont aussi durs que les cancers; comment penser alors à une tumeur liquide? Si l'on ajoute que cette masse, d'une résistance souvent ligneuse, est indolente, d'allure froide, de développement insidieux, que la peau qui la recouvre est de coloration normale, parfois adhérente, déprimée et pointillée comme celle du squirrhe, comment ne pas s'y tromper, surtout lorsque l'on songe que le cancer est fréquent, tandis que l'abcès chronique est rare?

La forme de la tumeur me paraît fort importante : cinq fois elle a mis mon esprit en éveil et m'a poussé à vérifier le diagnostic des maîtres et des collègues éminents. J'ai toujours trouvé le néoplasme arrondi ou ovoïde, à courbes parfaitement régulières malgré les saillies granuleuses des lobules de la glande. M. Pierre Delbet croit cette forme « exceptionnelle », et le foyer de mastite aurait l'aspect « d'un gâteau irrégulier, d'une plaque dure sans limites précises. Ce n'est pas qu'il envoie des prolongements rameux dans le reste de la glande, comme le fait le cancer, mais il est difficile de sentir où il commence et où il finit ». Certes, je ne voudrais pas nier la réalité de ces dernières formes; je me contente de dire que, dans mes cinq cas, la régularité de la tumeur arrondie a frappé mon attention, et je crois que ce caractère est assez fréquent pour ne pas être négligé. Mais j'avoue qu'il ne m'eût pas suffi pour assurer le diagnostic.

Seule la ponction exploratrice donne cette certitude; elle seule indique que cette tumeur, d'une dureté souvent pierreuse, contient du liquide; elle seule indique la nature de ce liquide : on voit le corps de la seringue se remplir d'une substance un peu gommeuse et verdâtre et qui rappelle, comme consistance et comme coloration, les divers degrés de dilution de « l'absinthe ». Pourquoi délaisser ce moyen si sûr d'information? Je ne l'ai jamais vu échouer et jamais son emploi n'a provoqué le moindre accident : les malades les plus pusillanimes s'y soumettent. C'est pour ne pas y avoir eu recours que, dans les cas qui me sont personnels, des chirurgiens distingués ont effrayé des familles et proposé l'amputation du sein. Aussi ne saurais-je trop insister sur la valeur de la ponction exploratrice et, dans tous les cas où le diagnostic cancer ne s'impose pas, il faut plonger dans la tumeur une aiguille de Pravaz.

Je pourrais résumer en deux phrases les principaux enseignements de ce travail : il se dépose dans la mamelle, — souvent à la suite de la lactation, mais à des époques si éloignées d'elle que cette lactation peut être oubliée, — des foyers de mastites chroniques, collections purulentes d'allure froide et que leur dureté ligneuse a fait trop souvent confondre avec des cancers. Pour éviter cette grave erreur, il suffit simplement d'y songer, et la ponction exploratrice mettra le diagnostic sous les yeux mêmes du chirurgien. »

6. — Mastite subaiguë et cancer du sein.

(*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 197, 1894.)

« En résumé, un peu d'attention, un peu de science et beaucoup de patience vous suffiront, même dans les cas difficiles, pour distinguer les inflammations des cancers. Mais n'oubliez pas, — et c'est l'enseignement que je désire vous voir retirer de cette conférence — n'oubliez pas que, en clinique, les caractères décisifs, irrécusables, les signes pathognomoniques, comme on dit, n'existent guère ou n'existent pas. Et, pour ce qui a trait à l'objet de notre entretien d'aujourd'hui, les ressemblances des mastites subaiguës avec certains encéphaloïdes de la

mamelle peuvent être tels qu'il ne faut pas se contenter de l'examen « actuel »; les débuts du mal et son évolution fournissent parfois des indications précieuses dont la plus importante, malgré ses défaillances, sera d'établir si la glande est ou n'est pas en état de lactation.

IX. — AFFECTIONS DES MEMBRES

1. — Des hyperostoses consécutives aux ulcères rebelles de la jambe.

(*Progrès médical*, 13 et 20 décembre 1879, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 183.)

« Le silence gardé par les auteurs sur les ostéo-périostites consécutives aux vieux ulcères, ou plutôt l'extrême sobriété de leurs descriptions, nous a poussé à publier ce long mémoire qu'on peut résumer, du reste, en cinq propositions fort courtes : 1° les ulcères de jambe peuvent provoquer, dans les os sous-jacents, les diverses formes de l'ostéo-périostite. Exceptionnellement destructive, l'inflammation détermine le plus souvent une augmentation de volume; l'os est alors léger, spongieux, recouvert d'ostéophytes. Dans des cas très rares, le tissu de la diaphyse est dur, éburné; le canal médullaire oblitéré ou rétréci. 2° Lorsque les épiphyses ne sont pas encore soudées, l'os, sous l'influence de ces ulcères, s'accroît en longueur et l'emporte sur son congénère de 2 à 3 centimètres; les ostéophytes sont plus abondants; une véritable diathèse osseuse peut se manifester qui se traduit par l'ossification des aponévroses d'enveloppe et de cloisonnement, des ligaments, des gaines vasculaires et nerveuses; en un mot, de tout le tissu fibreux de la jambe; 3° L'ostéo-périostite serait peut-être alors la cause et non la conséquence de l'ulcère. Cependant l'examen des pièces montre que les lésions osseuses sont presque toujours beaucoup trop légères pour expliquer l'amputation : la gravité de l'ulcère a pu seule la légitimer. 4° Du milieu de l'ulcère s'élèvent parfois des exostoses saillantes qui ont été

prises pour des lésions syphilitiques. Mais la consistance de la tumeur et le traitement spécifique établiront le diagnostic. 5° Les ostéo-périostites sont une complication grave; elles s'opposent à la cicatrisation de l'ulcère, compromettent la nutrition des membres et rendent trop souvent l'amputation nécessaire. » Ajoutons que, dans ce mémoire, se trouve la première observation d'ulcère où l'altération des nerfs de la jambe, soupçonnée depuis longtemps par Terrier, ait été démontrée par l'examen anatomique que pratiqua Gombault. Néanmoins, la démonstration de l'influence des nerfs trophiques restait encore tout entière à faire, et cette lacune devait être comblée par les intéressantes recherches de Quénu.

2. — Des luxations paralytiques du fémur.

(*Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, mars 1878, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 258.)

Ce mémoire, dont l'idée première remonte à M. Verneuil dont on connaît les recherches sur ce point, peut se résumer dans les quatre propositions suivantes : 1° du groupe des luxations dites *congénitales*, il faudrait désormais distraire les luxations *paralytiques*; 2° ces luxations succèdent aux « amyotrophies » et pourraient, comme les affections qui les provoquent, survenir à tous les âges, bien qu'elles n'aient guère été observées que dans l'enfance; 3° pour que ces luxations se produisent, deux conditions sont nécessaires : d'une part, l'atrophie d'un groupe musculaire; de l'autre, l'intégrité de ses antagonistes. Si tous les muscles sont paralysés, il y aura bien un très grand relâchement, une mobilité exagérée dans l'article, mais pas de luxation; 4° à la hanche, la luxation iliaque est la plus fréquente. Elle est due à la traction des muscles adducteurs que l'atrophie des fessiers et des pelvi-trochantériens laisse sans contrepoids.

3. — Traitement des anévrysmes artéro-veineux par la méthode sanglante.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 4 avril 1888, et *Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 277, 1884.)

« 1° Lorsque le chirurgien peut assez rapprocher les fils pour que le segment oblitéré de l'artère ne reçoive pas de collatérales importantes, l'opération de la double ligature artérielle, sans ouverture du sac, nous semble parfaitement indiquée; 2° lorsque, au contraire, des collatérales volumineuses ramènent dans le segment oblitéré assez de sang pour distendre le sac, il faut lier les vaisseaux afférents et efférents, ouvrir la poche et chercher les embouchures des collatérales, que la bande d'Esmarch permettra de lier sans danger d'hémorrhagie. »

4. — Traitement des anévrysmes artériels par la méthode sanglante. (*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 15 décembre 1888, p. 986). **Traitement des anévrysmes artériels** (*Cliniques chirurgicales de la Pitié*, p. 554, 1894).

« L'extirpation est une bonne opération, mais elle sera réservée aux cas où la tumeur menace de s'enflammer ou de se rompre, à ceux où les nerfs inclus dans les parois sclérosés du sac provoquent des troubles trophiques et des paralysies qu'on guérira ou qu'on atténuera par la dissection attentive et le dégagement des cordons nerveux; enfin, lorsque certaines conditions font craindre la récidive. A mon sens, l'extirpation et la ligature peuvent vivre côte à côte, employées l'une ou l'autre selon les circonstances. Je tiens les deux méthodes pour excellentes et vous engage à n'en excommunier aucune. »

5. — De l'extirpation des brides qui enserrent les membres. Stricture congénitale.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 20 janvier 1886.)

« J'ai présenté à mes collègues une petite fille à qui j'avais enlevé avec succès la moitié d'une bride qui étranglait la partie inférieure de la

jambe dont le pied commençait déjà à s'atrophier. L'année suivante, j'ai extirpé l'autre moitié de la bride; le résultat a été superbe. J'ai revu l'enfant en 1894 et cette jambe et ce pied beaucoup moins développés, lors de ma première opération, que la jambe et le pied du côté opposé, atteint cependant de pied bot congénital, étaient d'aspect absolument normal, solide et n'ayant comme tare qu'une ligne blanche cicatricielle. Je crois avoir été le premier à proposer et à justifier cette opération qui depuis a donné à d'autres chirurgiens de très bons résultats. »

6. — Amputation congénitale et aïnhum.

(*Cliniques et critiques chirurgicales*, p. 128, 1884.)

« Au premier abord on ne peut voir quel lien unissent, d'une part, l'aïnhum, maladie étudiée pour la première fois au Brésil, caractérisée par l'apparition chez les nègres adultes d'un sillon annulaire au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne du cinquième orteil, qu'il étreint progressivement jusqu'à complète amputation, et d'autre part les amputations dites congénitales d'un orteil, d'un doigt, d'une cuisse même, constatées au moment de la naissance. L'amputation n'est pas toujours consommée et dans certains cas, à côté du membre incomplet, il existe un sillon de profondeur variable creusé sur quelque partie du pied, de la main ou de la jambe. De ces deux affections, l'une n'attaque que le cinquième orteil, l'autre ne respecte aucun membre : la première ne se rencontre que chez les nègres, la seconde frapperait indistinctement tous les peuples. Et cependant, lors d'une communication à l'Académie de médecine, M. Lannelongue se demandait déjà si aïnhum et amputation congénitale n'avaient pas souvent une commune origine. »

Le doute a gagné bien des esprits : on a recueilli de nouvelles observations; on a trouvé deux cas qui, par étapes successives, semblent conduire de l'une à l'autre de ces maladies, et maintenant plusieurs auteurs ne voient dans l'aïnhum et dans les amputations congénitales qu'une variété du groupe étendu des sclérodermies provoquées par quelques troubles des nerfs trophiques. C'est cette thèse que nous allons étudier en

nous appuyant des travaux antérieurs de Verneuil, une observation de Maxime Loyat, la communication de Lannelongue, le mémoire de Guyon et un article publié en mars 1882, par le docteur Fontan.... Nous penchons donc vers l'identité des deux maladies. Certes nous n'ignorons pas que nos raisons sont loin d'être absolument convaincantes, et beaucoup veulent conserver à ces deux affections une place distincte dans un groupe différent. Nous aurions mauvaise grâce, nous qui n'avons pas *vu*, à prendre trop catégoriquement parti dans ce débat qui divise des médecins de mérite également complet. Nous nous contenterons de dire que les arguments indiqués par Fontan nous paraissent bons et jusqu'à plus ample informé nous acceptons l'opinion qu'il défend.

7. — De l'aïnhum.

(*Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie*, 22 mai 1889; p. 429, et *Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu*, p. 568, 1888.)

« Le docteur José Pereira Guimaraès, professeur à l'École de médecine de Rio-de-Janeiro, nous communique une note sur une observation d'aïnhum. Le cas est d'autant plus instructif qu'il est accompagné d'un plâtre excellent qui met la lésion sous les yeux; nous la *voyons*, privilège qu'avaient eu seuls nos confrères de la marine. Aussi en profiterons-nous pour revenir sur la discussion toujours pendante des rapports de l'aïnhum avec les amputations congénitales. L'Académie de médecine a déjà abordé cette discussion et nous ne pouvons souscrire à la conclusion qui a semblé prévaloir : l'identité des amputations congénitales et de l'aïnhum. — C'est à défendre la thèse contraire que nous consacrons notre nouveau travail.

« N'oublions pas, d'ailleurs, que nos savants confrères du Brésil ont lu nos travaux et connaissent toutes nos hypothèses : depuis 1867, ils ont continué leurs recherches; ils ont pu contrôler nos assertions; or, les nombreuses publications de Pereira Guimaraès, l'observation qu'il vient de nous envoyer, les divers mémoires de Da Silva Lima, affirment tous l'entité morbide de l'aïnhum, affection des cinquième et quatrième orteils

des nègres adultes. Pour nous, à cette heure, et avec nos confrères du Brésil, avec le professeur Trélat, qui combattit l'identité dès le premier moment, avec Eugène Rochard, qui, il y a dix ans, mena résolument la bataille, nous croyons qu'on ne saurait ranger dans un même cadre deux affections aussi dissemblables. Et nous dirons comme conclusion définitive : l'aïnhum et les amputations congénitales sont deux lésions absolument dissemblables. »

X. — OUVRAGES DE VULGARISATION

1. — **Manuel de pathologie externe.** 1re édition, 1885; 2e édition, 1892; 4 volumes, par Reclus, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. 1er volume : *Maladies communes à tous les tissus, Maladies des tissus*, par le docteur Paul Reclus.

« Le temps n'est plus où l'on pouvait condenser la pathologie externe en un volume écrit en quelques mois; il faut aujourd'hui de longues années pour préparer un manuel de chirurgie, fût-il élémentaire, et avant que l'auteur ait achevé son œuvre, d'autres travaux ont déjà ébranlé les premières assises ou même abattu quelques pans du modeste édifice.

« Aussi quatre agrégés, chargés du cours auxiliaire de chirurgie, ont-ils eu l'idée de se partager la tâche et de réunir leurs efforts pour la composition rapide et simultanée d'un précis en quatre volumes. Ils espèrent ainsi ne pas être trop vite distancés par les jeunes théories et les découvertes nouvelles. — Et voilà ce qui les décide à ajouter leur Manuel à tant d'autres, dont un, au moins, est excellent.

« Élèves des mêmes maîtres, imbus des mêmes doctrines, ils espèrent avoir écrit un livre homogène. Mais si, seulement, leur Manuel était ce qu'il veut être, non pas un aide-mémoire que l'étudiant feuillette la veille d'un examen pour essayer de voiler son ignorance à ses juges, mais un précis sobre et clair, mettant en relief les traits essentiels de chaque maladie, les contours exacts du tableau clinique, leur œuvre ne serait pas inutile : ils auraient rendu service à l'enseignement. »

2. — **Traité de chirurgie.** Publié sous la direction de MM. Simon Duplay et Paul Reclus, avec la collaboration de MM. Berger, Broca, Delbet, Delens, Forgue, Gérard-Marchaut, Heydeneich, Hartmann, Jalaguier, Kirmisson, Lagrange, Lejars, Michaux, Nélaton, Peyrot, Poncet, Potherat, Quénu, Ricard, Tuffier, Walther. Huit volumes in-octavo; Paris, 1890.

Le *Traité de Chirurgie* comprend huit grands voumes de mille pages. La publication, commencée en 1890, était terminée en octobre 1892. Pour mener à bien une telle œuvre, il fallait l'avoir bien conçue. L'idée directrice en était simple : prendre des collaborateurs assez nombreux pour aller vite, pas trop nombreux, car l'œuvre morcelée y eût perdu son homogénéité; assez jeunes pour avoir le temps d'écrire, pas trop jeunes, car ils auraient manqué d'expérience; enfin, on devait donner à chaque collaborateur un sujet qui lui fût rendu familier par des recherches personnelles, afin d'avoir à la fois une œuvre rapide et compétente. Ce plan a réussi; les huit volumes du traité ont paru dans les limites qu'on avait annoncées au public; et ce fait est assez exceptionnel, même hors de France, pour qu'un journal d'outre-Rhin ait pu dire : « De tels ouvrages se commencent aussi en Allemagne, mais ils ne s'y finissent pas souvent ». Depuis, plusieurs traités ont été faits sur le même modèle, ce qui prouve que l'idée était bonne; en tout cas, le succès de ce livre a été très grand, et il en existe à cette heure une traduction italienne.

3. — **Traité de thérapeutique chirurgicale,** par Émile Forgue et Paul Reclus. Deux gros volumes in-8. Paris, 1892.

Nous avons publié avec la collaboration de M. Forgue, professeur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Montpellier, un *Traité de thérapeutique chirurgicale* en deux volumes. Depuis Chassaignac, nul n'avait songé à combler ce vide de notre littérature médicale. Il est certain cependant que cette sorte de commentaire, où trouvent place les indications du traitement, la technique opératoire et les résultats immédiats ou éloignés de notre intervention, devait compléter les œuvres

magistrales de Malgaigne et Le Fort et de Farabeuf. Le succès qui a accueilli ce livre nous en prouve l'utilité. Une édition italienne vient aussi de paraître.

4. — Cliniques et critiques chirurgicales. Grand in-8. Paris, 1884.

« Les études que contient ce volume ont déjà paru dans des recueils périodiques, quelques-unes dans *le Progrès médical* et la *Revue mensuelle*, la plupart dans la *Gazette hebdomadaire*, qui nous demande, depuis trois ans, d'exposer à ses lecteurs les questions nouvelles de chirurgie.

« Ce n'est point cependant une simple reproduction : des lectures plus étendues, une observation mieux éclairée, de justes critiques, ont souvent modifié notre opinion; et nous n'avons pas craint, dans quelques-uns de nos mémoires, d'ajouter des exemples nouveaux, de changer l'ordonnance des faits, et même d'atténuer ou d'accentuer nos affirmations primitives.

« S'il ne se fût agi que d'études critiques, nous n'aurions point osé rassembler ces articles : en ce temps de progrès rapides, les points de vue se déplacent, les théories vieillissent vite et ne présentent bientôt plus qu'un médiocre intérêt. Mais si les interprétations se modifient, les faits demeurent, et nous nous sommes toujours efforcé de prendre de solides observations, comme base de nos recherches, aussi bien pour les analyses des travaux d'autrui que pour nos mémoires originaux.

« La recherche de la clarté a été notre constante préoccupation. Ce que nous essayons de faire facilement comprendre, nous l'avions souvent péniblement compris, et le travail qu'ont nécessité ces articles est encore notre meilleure excuse pour les présenter de nouveau au public : comme ils nous ont coûté de la peine, nous nous révoltons un peu « contre l'oubli qui les gagne. Ils ont vécu une heure, nous voudrions les faire vivre tout un jour ».

5. — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. Un volume grand in-8. Paris, 1888.

« L'honneur m'est échu de suppléer le professeur Richet, qui veut, au cours de cette année, se reposer des fatigues de l'enseignement. Je lui

succède, mais sans le remplacer; je sais trop ce qui me manque pour être digne de cette chaire chirurgicale : avant tout l'expérience, qui, dit-on, dépasse la science elle-même.

« Je ne vous tracerai pas de programme; je ne dirai pas comment je comprends la clinique. Les grandes leçons d'ouverture sont le fait de nos maîtres; ils ont pour eux l'autorité, et je ne veux pas me risquer à boire plus haut que mes lèvres. Comme l'instituteur Bonnefois de Töpfer, je ferai pour le mieux et comme je peux.

« Je peux être exact, attentif, patient, soigneux des malades et soucieux des élèves, je le serai. Mon ambition ne va pas plus loin, et j'espère que vous trouverez ici des paroles simples, uno exposition claire, et des enseignements pratiques. »

6. — Cliniques chirurgicales de la Pitié. Un gros volume grand in-8. Paris, 1894.

« Voici le troisième volume de Cliniques que je publie pour mes élèves. Le premier date de 1884 : j'étais encore chirurgien du Bureau Central, et mes leçons essayaient de refléter fidèlement l'enseignement de mes maîtres. Le deuxième parut en 1888 : le professeur Richet avait obtenu un congé; les hasards de l'agrégation me valurent de le remplacer à l'Hôtel-Dieu, et je voulus marquer par un livre l'heureux souvenir de cette suppléance.

« Le troisième est né d'un même sentiment : il y a un an, jour pour jour, je quittais Broussais pour devenir titulaire de l'un des services chirurgicaux de la Pitié, hôpital central dont les élèves ont su de tout temps le chemin; ils sont venus, et, pour les retenir, il n'a fallu que l'exactitude, et le désir de leur être utile. A l'hôpital, ils aiment qui les aime: je les ai guidés dans leurs études; pour eux, j'ai préparé mes leçons; j'ai même pris le soin de les écrire, ce qui me permet, aujourd'hui, de les soumettre à un public moins restreint.

« Et puis j'ai voulu tenter une expérience : on connaît les projets de réorganisation de l'enseignement clinique dans notre Faculté, les efforts du professeur Potain, la persévérance, la souple fermeté de

M. Brouardel pour faire accepter cette réforme urgente : elle est enfin votée, et l'année prochaine en verra la réalisation. Cette loi, un an à l'avance, je l'ai considérée comme promulguée, et, pour la mettre à l'épreuve, je me suis imposé les devoirs des futurs professeurs auxiliaires. L'essai m'a paru réussir, et je veux aussitôt en porter témoignage.

« J'ai reçu de l'Assistance publique vingt stagiaires, que j'ai enrégimentés chacun avec sa fonction, ses lits à surveiller, ses pansements à faire; ils sont soumis tous les matins à l'appel; je raie impitoyablement les absents et les retardataires de la feuille de présence; les malades nouveaux sont examinés par les élèves du rang; le diagnostic est discuté par eux avant d'être complété ou rectifié par mes internes et par moi-même, — tout cela simplement, amicalement, avec émulation, avec entrain; sans trouble, sans fatigue pour les malades.

« Aux stagiaires se sont joints de nombreux bénévoles, élèves de première et de deuxième année, des étudiants pourvus déjà de toutes leurs inscriptions, des médecins de passage, quelques confrères de la marine et de l'armée, et, chaque jour, des étrangers nouveaux. Cette diversité même est un écueil, car il faut à chacun de ces groupes un enseignement différent : apprendre à se laver les mains, à masser une entorse et à gâcher le plâtre, convient beaucoup mieux aux uns que les subtilités de diagnostic, les indications thérapeutiques ou les procédés opératoires réclamés surtout par les autres. Mais tous y mettent du leur, et un véritable enseignement mutuel s'organise.

« On me prédisait que ces rigueurs lasseraient les élèves, et qu'ils fuiraient bientôt un service où l'on réclame d'eux la présence réelle. On se trompait, si j'en crois l'expérience de douze mois; et, sur mes vingt stagiaires du commencement de la nouvelle année, il en est à peine un par matin qui manque à l'appel; tous les bénévoles sont à leur poste; les « passants » sont toujours plus nombreux et, pour tout dire, mon amphithéâtre, bien petit il est vrai, devient décidément trop petit.

« Mais que de lacunes encore pour un enseignement régulier! Se douterait-on qu'il n'existe pas de laboratoire officiel à la Pitié, et que les recherches bactériologiques y sont abandonnées au bon vouloir d'un

chacun? L'année dernière, nous avions le bonheur de posséder M. Pilliet, dont la grande compétence se double d'une complaisance inépuisable, et M. Martin, un des plus distingués élèves de l'Institut Pasteur. Mais voici que notre maître, M. Tillaux, dont, tous, nous regrettons le départ, emmène avec lui M. Pilliet à la Charité; le roulement des internes place M. Martin dans un autre hôpital, et nous sommes livrés sans défense à tous les hasards du renouvellement annuel.

« Croirait-on que nous n'avons même pas une salle d'opérations annexée à notre service des femmes? Quelle que soit la malade, son état de faiblesse, la nature et la gravité de l'intervention, il lui faut traverser un couloir où le vent s'engouffre, une large cour froide, monter un long escalier, subir l'opération dans une chambre où le soleil aveugle, et qui, cependant, manque de lumière; — puis elle reprend le même chemin, redescend l'escalier qu'on lui avait fait gravir, et repasse par la même cour et le même couloir pour regagner son lit. Et tout cela, dans un des grands hôpitaux de Paris, au seuil de l'an 1894! »

« Pour en revenir aux cliniques publiées dans ce volume, elles ont été professées pour mes élèves les plus avancés, et pour les confrères nationaux ou étrangers qui suivent le service. Elles traitent principalement de thérapeutique chirurgicale, et surtout de sujets d'utilité courante : fractures, entorses et grands écrasements des membres, cancers de la langue et du rectum, fistules et abcès de l'anus, hémorroïdes, hydrocèle et varicocèle; appendicite, occlusion intestinale, perforation traumatique de l'intestin, — ou bien de ceux dont on s'occupe plus spécialement à cette heure, des interventions sur l'estomac et la vésicule biliaire.

« Aux affections des organes génitaux de la femme, passées complètement sous silence dans mes cliniques de l'Hôtel-Dieu, j'ai consacré le plus long chapitre de ce volume. La science marche, la gynécologie est maintenant le terrain le plus remué de la thérapeutique chirurgicale et c'est sur elle qu'a porté le principal effort de notre génération. Les affections utéro-ovariennes, autrefois à peine étudiées par quelques-uns, la plupart médecins, sont maintenant scrutées par presque tous nos collègues, et ce n'est pas trop de dire qu'aujourd'hui, tout chirurgien

d'un service général se double d'un spécialiste des maladies des femmes.

« J'ai repris, dans ces cliniques, quelques sujets traités dans mes deux premiers volumes, mais il ne s'agit pas de simples redites. Pour les uns, les mastites chroniques, la maladie kystique de la mamelle, l'eau chaude en chirurgie, j'ai voulu consolider par de nouveaux faits, et après plus longue expérience, certaines thèses qui me sont à peu près personnelles; pour d'autres, le traitement des perforations intestinales, par exemple, j'explique pourquoi je reste encore indécis, et ne puis me résoudre, en l'état actuel, à la laparotomie systématique; pour d'autres enfin, tels que l'aïnhum, je montre pour quelles raisons ma première opinion me paraît fausse et je fais amende honorable.

« Malgré la vivacité que l'on met d'ordinaire à défendre ses idées, j'espère avoir dominé le puéril amour-propre qui veut toujours avoir raison. Chaque jour un fait nouveau surgit qui infirme, confirme ou atténue notre conception première des choses; il faut en tenir scrupuleusement compte. On le verra au cours de ce volume : je n'ai jamais éludé les objections; sur bien des points mes adversaires m'ont convaincu, et je me suis hâté de le reconnaître. C'est que, en chirurgie, nos opinions se traduisent par des actes graves. Donc il nous faut douter de notre infaillibilité, accueillir la critique, la peser strictement, lentement, longuement, pour que les malades ne paient pas d'un désastre les entêtements de notre vanité. »

Dans ces trois volumes de Cliniques je reprends pour les exposer à mes élèves la plupart de mes travaux et de mes recherches. Aussi ne s'étonnera-t-on point de retrouver à chaque instant, au cours de cet exposé de titres, des indications qui nous renvoient à chacun de ces trois volumes. Cependant il est de nombreux chapitres publiés ici et dont je n'ai point encore parlé. Je citerai dans le premier volume : **Rachitisme et Syphilis héréditaire; Rapports de l'inflammation avec la tuberculose; De l'extirpation des tumeurs d'origine tuberculeuse; Anatomie pathologique et traitement des abcès froids; De l'ostéomyélite prolongée; Du traitement des fractures de cuisse par l'extension continue; Du redressement des membres inférieurs par l'ostéotomie et l'ostéoclasie; Des résections sous-capsulo-périostées; Résultats éloignés des grandes résections articulaires; Synovites**

fongueuses des gaines des tendons; La greffe cutenée et la chirurgie de la face; Des donches naso-pharyngiennes; De la cure radicale des hernies et de ses résultats définitifs; La kélotomie dans les hernies ombilicales étranglées; De la lithotritie à séances prolongées; De la taille hypogastriqne.

Les conférences du deuxième volume, que nous n'avons pas encore citées, comprennent : **De la suture des nerfs; Une épidémie d'érysipèles; Pathogénie et traitement du phlegmon diffns; Traitement des enthrax; Tnmenrs mélaniques de la peeu; Ostéomyélite prolongée dn tarse et dn métatarse; Sur un cas d'ostéite tuberculeuse; De la coxo-tnberculose; Kyste séreux congénital et uniloculaire dn cou; Sur sept kélotomies; De l'intervention chirurgicale dans les cancers de la mamelle; Pathogénie des vaginalites; Kystes hydatiques du pli de l'eine; Du bubon chancrelleux; Des ongles incarnés.**

Enfin, dans le troisième volume, nous citons une fois pour toutes : **Une observation d'ahcès à streptocoques; Kyste proligére et dermoïde de l'ovaire, avec dégénérescence sarcomateuse; De l'extirpation des cancers du rectum; Statistiqne des opérations pratiquées en 1893 dans la salle de Gynécologie.**

AUTRES PUBLICATIONS

Notice sur Paul Broca. *Revue de médecine et de chirurgie*, t. IV; octobre 1880.
Notice snr M. Houël. *Bulletins de la Société anatomique.*
Notice sur Clande Bernard. *Magasin Pittoresque.*
Notice sur M. Bersot.
La Fontaine d'Ahusquy. *Progrès médical*; 9, 12, 23 novembre 1888.
Médecin. Article du *Dictionnaire des professions*, d'Édouard Charton.
